



Aalborg Universitet

AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Tværfagligt samarbejde og opbrud af faggrænser

Vilkår og muligheder for sygeplejersken. En empirisk undersøgelse af hvordan det foregår, når sygeplejersken udøver tværfagligt samarbejde på hospitalet

Højbjerg, Karin

Publication date:
2003

Document Version
Accepteret manuscript, peer-review version

[Link to publication from Aalborg University](#)

Citation for published version (APA):

Højbjerg, K. (2003). *Tværfagligt samarbejde og opbrud af faggrænser: Vilkår og muligheder for sygeplejersken. En empirisk undersøgelse af hvordan det foregår, når sygeplejersken udøver tværfagligt samarbejde på hospitalet.*

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE OG OPBRUD AF FAGGRÆNSER – VILKÅR OG MULIGHEDER FOR SYGEPLEJERSKEN

En empirisk undersøgelse af hvordan det foregår, når sygeplejersken udøver tværfagligt samarbejde på hospitalet.

Johannes Larsen: Skogrende urhaner. 1941. Olie. Johannes Larsen Museet, Kerteminde.

Speciale i pædagogik, 1998 ordningen
Institut for Filosofi, Pædagogik og Retorik
Det Humanistiske Fakultet, Københavns Universitet
Vejleder: Marianne Høyen
af Karin Højbjerg

Januar 2003

FORORD

Når dette speciale har en særlig 'accent', skyldes det for en stor dels vedkommende den inspiration, jeg har fået fra teori og metoder fra de tilvalgsfag, jeg har fra faget *Minoritetsstudier*. Dette fags fokus er relationen mellem minoriteter og majoriteter. Ikke forstået som numeriske størrelser, men i betydningen de implikationer, det har, at én part er mere indflydelsesrig eller dominerende end den anden.

En fremhævnning af dominansstrukturer i tværfagligt samarbejde kan for den uforberedte virke overdreven, da magtrelationer ved eksponering kommer til at fremstå mere markante, end de opleves af de implicerede i dagligdagen. Min egen opfattelse er imidlertid, at de teorier og metoder, der afdækker magtrelationer, bidrager til at give plausible forklaringer på, hvorfor verden ser ud, som den gør.

Min søns store interesse for rapmusik, som jeg mere eller mindre frivilligt har lyttet til gennem de sidste 5 – 6 år, har også inspireret til en skærpet og direkte tone. I rapmusikken omtales almindelige dagligdagsting ofte på karikerede måder, hvor betydningen kommer helt andre steder fra. Således inspireret vil læseren eksempelvis møde diaspora-begrebet, som er udviklet indenfor forskning af etnicitet, race og identitet i en analyse af sygeplejerskens erfaringer med tværfagligt samarbejde.

TAK

Jeg vil allerførst sige tak til de hospitalsafsnit i Hovedstadens Sygehus fællesskab (H:S), som slog dørene op, og til de personer som velvilligt stillede sig selv og deres knappe tid til rådighed for min nysgerrighed. Uden jer havde dette speciale ikke kunnet realiseres.

Dernæst tak til H:S Sygeplejerskeuddannelsen som ved at bevilge mig orlov med løn i fem måneder har gjort det muligt for mig at få ro til at koncentrere mig om specialet. Jeg håber, jeg med det færdige produkt kan kvittere med en viden, som kan bruges som afsæt for videre inspiration.

Dernæst tak til min vejleder, Marianne Høyen, for din skarpe og konstruktive kritik. Du har med dit vid og engagement formået at give mig en forståelse for, "what it takes", og jeg har altid haft idéer til at komme videre efter dine vejledninger.

Jeg vil rette en særlig tak til min studiekammerat, Eva Bruselius, som jeg har fulgtes med, siden vi startede på Åbent Universitet i 1995. Du har været en stor både praktisk og faglig hjælp og støtte – navnlig i de indledende præmature faser af specialeprocessen.

Mine kollegaer, Gerda Hestbech og Helle Høyer, skal have tak, fordi de har kunnet snakke mig til ro, når jeg har været frustreret over den manglende orden. Gerda – tak fordi du tålmodigt har øst af din egen erfaring med den akademiske skriveproces og Helle, tusind tak fordi dine gennemlæsninger og konstruktive kritik.

Til slut en stor tak til min familie og gode venner og veninder for den kontinuerlige opbakning og interesse – en særlig tak til min mand, Jens Henrik, for korrekturlæsning i den afsluttende fase.

Karin Højbjerg

Søllerød, Januar, 2003.

INDHOLDSFORTEGNELSE

SUMMARY	7
RESUMÉ	9
DEL I: SPECIALETS SPØRGSMÅL OG TEORETISKE BAGGRUND	11
1. INDLEDNING TIL PROBLEMSTILLINGEN	11
1.1. Præcisering af problemstillingen	14
1.2. Læsevejledning	17
2. VIDENSKABSTEORETISKE OG TEORETISKE OVERVEJELSER.	18
2.2. Bourdieus praxologiske videnskabsform	19
2.2.1. Habitusbegrebet.	20
2.2.2. Brudtænkning og objektkonstruktion	21
2.2.3. Inspiration fra feltbegrebet til hvordan sygeplejerskens praktik kan undersøges.	23
2.2.4. Hvordan arbejde praktisk med et felt ?	26
2.3. Refleksioner over anvendelse af en Bourdieu-inspireret sociologisk metode	27
2.4. Refleksioner over egen relation til og interesse for undersøgelsesgenstanden	29
2.5. Introduktion til Stuart Halls kulturstudietradition	30
2.5.1. Halls selvbiografi som afsæt for en epistemologi	31
2.5.2. Historisk blok som analyseramme	32
2.5.3. Halls teori og metode om <i>artikulation</i>	33
2.6. Halls eklektiske perspektiv som inspiration til at forstå toneangivende sygeplejerskers retorik om tværfagligt samarbejde. Ekskurs til Anthony Giddens og Zygmunt Bauman	35
2.6.1. Kendetegn ved det senmoderne samfund i følge Giddens	35
2.6.2. Globalisering som stratifikationsmekanisme ifølge Bauman	36
2.7. Opsummering af det analytiske apparat jeg går til empirien med	38
3. BRUDSTYKKER TIL EN FORKONSTRUKTION AF HOSPITALSFELTET	40
3.1. Sygeplejefagets opkomst	41
3.1.1. Sygeplejefagets position i hospitalsfeltet	42
3.1.2. Opsummering	43
3.2. Velfærdsstatens ekspansion og krise som et strukturelt vilkår for sygeplejersken og hendes tværfaglige samarbejdspartnere	44
3.2.1. Sygehussektorens ekspansion	44

3.2.2. Moderniseringsprocesserne i den offentlige sektor – et svar på velfærdsstatens såkaldte krise.....	46
3.3. Opsummering.....	47
DEL II: DEN EMPIRISKE UNDERSØGELSE	48
4. METODE	48
4.1. Observation	49
4.2. Interview	55
4.3. Anonymitet og etik.....	58
5. DATAGRUNDLAGET	59
5.1. Den kirurgiske klinik.....	59
5.2. Personalet på det kirurgiske afsnit.....	61
6. ANALYSE OG FORTOLKNING AF DET EMPIRISKE MATERIALE	62
6.1. Hvad sker der ?	63
6.2. Hvor foregår sygeplejerskens tværfaglige samarbejde ?	65
6.2.1. Kontorlokalet	65
6.2.2. Patientstuen	66
6.3. Sygeplejerskens tværfaglige samarbejde med faggrupperne fra de mellemlange videregående uddannelser	67
6.4. Lægens, sygeplejerskens og social- og sundhedsassistentens fagdispositioner	70
6.4.1. At blive kirurg.....	71
6.4.2. At blive sygeplejerske.....	72
6.4.3. At blive social- og sundhedsassistent	74
6.5. Lægens, sygeplejerskens og social- og sundhedsassistentens indbyrdes positioner – en illustration.....	76
6.6. Sygeplejerskens tværfaglige samarbejde med lægen	78
6.6.1. Når sygeplejersken har lært at diagnose- og behandlingsorienterede temaer har forrang i samarbejdet med lægen - stuegang på bagkontoret	79
6.6.2. Stuegang og sygeplejerskens tværfaglige samarbejde med lægen er højt prioriteret af sygeplejersken.....	83
6.6.3. Stuegang og arbejdsopgaver på sengeafdelingen er ikke højt prioriteret af lægen - ”de er ved at være klar nede på værkstedet”!	84
6.6.4. Produktionslogikkens og moderniseringsprocessernes gennemslag - travlheden kropssprog.....	87

6.6.5. Specialiseringens gennemslag	88
6.6.6. Sygeplejersken i det kirurgiske hierarki	91
6.6.7. Lavt rangerende opgaver i det kirurgiske hierarki parkeres hos sygeplejersken: Anlæggelse af venflon	92
6.6.8. Medicinadministration	93
6.6.9. Blodprøvetagning udenfor 'runderne'	94
6.6.10. Ernæringsscreening.....	95
6.6.11. Et eksempel på en afvisningsstrategi i relation til 'hvor er journalen'	97
6.7. Sygeplejerskens tværfaglige samarbejde med social- og sundhedsassistenten	99
6.7.1. Sygeplejerskens håndtering af "en ny hverdag" – social- og sundhedsassistenten oplæres i de nye funktioner.....	101
7. REFLEKSIONER OVER UNDERSØGELSENS TEORI OG METODE.....	105
8. KONKLUSION.....	110
8.1. Konklusion på om der ses et modstandspotentiale i sygeplejerskens 'artikulationer', som giver anledning til en ændring af autoritetsstrukturen.....	116
9. PERSPEKTIVERING.....	119
10. LITTERATURLISTE.....	121
11. BILAGSLISTE	129
Bilag 1. Observationsguide.....	129
Bilag 2. Interview-guide	131
Bilag 3 Klinikken's organisationsdiagram.....	133

SUMMARY

This thesis is an empirical investigation of interdisciplinary working among groups of professionals in health care. It focuses primarily on the interdisciplinary teamwork between nurse and doctor and, secondarily, on that between nurse and social and health care assistant (*social- og sundhedsassistenten*). The thesis discusses and co-reflects on the implications of the rhetoric of leading nurses concerning interdisciplinary teamwork for nursing practice. When leading nurses talk about interdisciplinary teamwork and the breaking down of occupational boundaries, the words have positive connotations to the blessings of late-modern and post-modern society and globalisation, where pluralism with its radical emphasis on freedom generally abolishes all forms of hierarchy.

The thesis attempts to answer the following two questions:

- How can the nurse's practitioning of interdisciplinary teamwork be understood and explained ?
- What are the implications of an erosion of occupational boundaries for the traditional structure of authority in the hospital field?

To investigate these questions, I have mainly drawn inspiration from the French anthropologist and sociologist Pierre Bourdieu's logic of practice. This is complemented by the British sociologist Stuart Hall's tradition of cultural studies because, in my capacity as investigator, I wish to show my relation to questions concerning nurses (I am a trained nurse myself and presently working as a teacher at a school of nursing). This approach allows me to analyse the nurse's liberating forces without, however, disregarding the traditional role boundaries determined by society.

The thesis takes as its starting point an analysis of the concept of a *historical bloc*, showing the subordinate position of the nurse in relation to the doctor in a period when the nursing profession emerged as an auxiliary discipline to the medical profession (in the late 19th century). This analysis leads to further investigation of today's hospital field (the second historical bloc), where objective structures, such as the demands made for production goals and modernization processes as well as the extreme degree of specialization, are reconstructed from empirical analyses.

The tendential forces from the first historical bloc are re-examined by applying ethnographically inspired methods of observation and interviews. It is made plausible that the

demands made for production and the extreme medical specialization contribute to what I identify as the nurse's *diaspora experiences* from the interdisciplinary teamwork between nurse and doctor. These experiences are at first my explanation of why the nurse in an attempt to establish a resistance to the hegemony of the medical profession is willing to sell out activities close to the medical stronghold that were traditionally reserved for nurses, such as ward rounds with the doctor. The effect of this 'selling out' is that the nurse takes on administration and guidance tasks related to the medical domain and, at the same time, marks a distinction between nurse and social and health care assistant. These tasks place the nurse in a superior position. The office functions as a conversion platform, from where it is attempted to exchange the marketable values, treatment and diagnosis. This makes the office a more attractive place for the nurse compared to the washing rooms and patients' rooms.

My argumentation is also substantiated by the nurse's dispositions for school practice instead of acting practice and the nurse's previous diaspora experiences from her process of training. It seems as if the leading nurses' rhetoric about interdisciplinary teamwork and the breaking down of occupational boundaries has gripped the nurses, which I explain on the basis of the nurses' wish to abolish the existing hierarchy as mentioned above.

In conclusion I argue that despite elements of potential resistance in the nurse's practice as regards interdisciplinary teamwork and the breaking down of occupational boundaries, there is no change in the structure of authority in the field for the time being. Whether, in the long run, the administration and guidance tasks can convert the medical marketable values, we shall have to see.

On the basis of the knowledge acquired, the thesis ends with a discussion of the plans that have been made, in certain areas, for the teaching of the interdisciplinary modules of the H:S School of Nursing programme to take place together with other medium-cycle higher education programmes of health care.

RESUMÉ

Specialet er en empirisk undersøgelse af sygeplejerskens tværfaglige samarbejde i erhvervsudøvelsen med overvejende fokus på lægen og herefter social- og sundhedsassistenten som tværfaglig samarbejdspartner. Specialet medreflekterer og diskuterer de implikationer, toneangivende sygeplejerskers retorik om tværfagligt samarbejde kan tænkes at have for sygeplejerskers praktik. Retorikken antyder, at tværfagligt samarbejde og opbrud af faggrænser har konnotationer til det senmoderne / postmoderne samfunds og globaliseringens positive værditilskrivning, hvor pluralisme med en radikal frihedsdyrkelse principielt ophæver alle former for hierarki.

Specialets spørgsmål er:

- Hvordan kan sygeplejerskens udøvelse af tværfagligt samarbejde forstås og forklares ?
- Hvordan påvirker et opbrud af faggrænser autoritetsstrukturen i hospitalsfeltet ?

Spørgsmålet er overordnet undersøgt med inspiration fra den franske kultursociolog, Pierre Bourdieus praxeologiske videnskabsform. Der komplementeres med den britiske sociolog, Stuart Halls kulturstudietradition, fordi jeg som undersøger ønsker at få mulighed for at bekende kulør med hensyn til mit engagement i sygeplejerskers sag (jeg er selv uddannet sygeplejerske og underviser på sygeplejerskeuddannelsen). Desuden ønsker jeg mulighed for at fremanalysere sygeplejerskens frigørende kræfter uden, at der dog ses bort fra de historisk bestemte sociale bindinger.

Med udgangspunkt i en *historisk blok* som analyseramme analyseres sygeplejerskens position som underordnet i relation til lægen i tiden, hvor sygeplejefaget konstituerede sig som en hjælpedisciplin til lægefaget (slutningen af 1800-tallet). Denne analyse fungerer samtidig som afsæt for en forkonstruktion af hospitalsfeltet af i dag (den anden historiske blok), hvor objektive strukturer såsom krav om produktionsmål og moderniseringsprocesser og den ekstreme specialisering rekonstrueres ud fra empiriske analyser.

Ved hjælp af etnografisk inspireret observationsmetode og interview efterprøves de tendentielle kræfter fra den første historiske blok. Det sandsynliggøres, at kravene om produktion og den ekstreme lægelige specialisering bidrager til at give sygeplejersken det, jeg identificerer som *diasporaerfaringer* i det tværfaglige samarbejde med lægen. Disse erfaringer er i første omgang min forklaring på, at sygeplejersken i et forsøg på at etablere en

modstand mod det lægefaglige hegemoni er villig til at sælge ud af hidtil monopoliserede arbejdsopgaver tæt ved den medicinske højborg som f.eks. at gå stuegang med lægen.

Ved 'udsalget' tager sygeplejersken administrations- og vejledningsopgaver relateret til de medicinske domæner på sig, som samtidig kommer til at fungere som distinktionsmarkør i relation til social- og sundhedsassistenten. Disse opgaver tildeler sygeplejersken en overposition. Kontorarealet fungerer som konverteringsplatform, hvorfra den gangbare kapitalform, behandling og diagnostisering forsøges udskiftet. Hermed er kontoret et mere attraktivt sted at opholde sig for sygeplejersken end i skyllerum og på patientstuer.

Min argumentation henter yderligere forklaring fra sygeplejerskens dispositioner for skolepraktik (frem for handlingspraktik) og sygeplejerskens tidligere diasporaerfaringer fra uddannelsestiden.

Tilsyneladende har de toneangivende sygeplejerskers retorik om tværfagligt samarbejde og opbrud af faggrænser fået tag i sygeplejerskerne, hvilket jeg forklarer ud fra sygeplejerskernes ønske om at ophæve det etablerede hierarki jævnfør ovenstående betydning.

Jeg konkluderer, at på trods af elementer af modstandspotentiale i sygeplejerskens praktik i relation til tværfagligt samarbejde og opbrud af faggrænser, ændres der ikke ved autoritetsstrukturen i feltet for nuværende. Om administrations- og vejledningsopgaver på længere sigt kan konvertere det lægelige hegemonis kapitalformer er tvivlsomt.

På baggrund af den opnåede viden diskuteres afslutningsvist, at de tværfaglige moduler i H:S Sygeplejerskeuddannelsen lokalt er planlagt og ønskes afviklet med de andre mellemlange videregående sundhedsuddannelser.

DEL I: SPECIALETS SPØRGSMÅL OG TEORETISKE BAGGRUND

1. INDLEDNING TIL PROBLEMSTILLINGEN

Specialet er en empirisk undersøgelse af, hvordan det kan forstås og forklares, når sygeplejersker praktiserer tværfagligt samarbejde på hospital.

I et moderne samfund er tværfaglighed en nødvendighed, idet samfundslivet er blevet så sektoropdelt, viden og funktioner så specialiserede, at helhed og sammenhæng er blevet vanskelig at håndtere¹. Begrebet tværfaglighed er derfor dukket op indenfor forskellige sektorer af samfundslivet, hvor det er blevet et indarbejdet begreb indenfor produktudvikling, undervisning, forskning, og omsorgsarbejde.

Tværfagligt samarbejde signalerer i udgangspunktet noget positivt. I f.eks. stillingsannoncer signalerer 'tværfaglighed' og 'samarbejde', at arbejdet i den pågældende organisation er dynamisk og udviklende for den enkelte medarbejder, som har mulighed for at udfolde sin faglighed. 'Tværfaglighed' signalerer også noget moderne, som matcher tidens trend eller måske snarere noget postmoderne i betydningen bevægelig og grænseoverskridende, hvor pluralisme er fremhævet og forbundet med en frihedsdyrkelse, der indebærer en principiel afvisning af alle former for hierarki².

'Samarbejde' har træk fra det demokratiske tankegods³, som det også ses af følgende definition af tværfagligt samarbejde: *"Et ligeværdigt samarbejde mellem faggrupper eller discipliner, der repræsenterer forskellige perspektiver og besidder hver sin faglige kompetence med det formål, at et problem belyses, problematiseres og afhjælpes ud fra forskellige faglige indfaldsvinkler"*⁴. Her får man et indtryk af, at ingen faggrupper eller discipliner har forrang, men alle har lige ret til at komme til udtryk; i centrum står sagen.

Overført til min undersøgelsesgenstand får man en idealistisk opfattelse af, at sygeplejerskens tværfaglige samarbejde har patienten i centrum, hvor sygeplejersken på lige fod med andre faggrupper bidrager til, at patienten får en helhedsydelse, og at forskellige ansattes fagligheder virker i et åbent og dynamisk arbejdsmiljø. Men er det mon også sådan i den

¹ Lauvås & Lauvås, 1994, s. 15, Mathiesen, 1998, s. 576.

² Pedersen, 1996, s. 442. Se i øvrigt senere.

³ Demokrati i betydningen, at enhver skal have del i beslutninger vedrørende betingelser og mål for deres eget arbejde – en organisering som foretrækkes ud fra en overbevisning om, at forskellige individers frie og gensidige koordinering bliver gjort bedre, end hvis det er planlagt, arrangeret og bestemt af de få, ligegyldigt hvor kloge disse få er, og hvor gode hensigter de har, Bjerg, 1998, s. 37.

⁴ Psykologisk pædagogisk ordbog, Gyldendal, 1997, s. 399.

'virkelige virkelighed' ? Hvilken betydning har fag i denne sammenhæng ? Hvad er overhovedet et fag, som er det, der bringes i spil, når folk fra forskellige faggrupper samarbejder ?

Ved opslag i "Pedagogisk Oppslagsbok" optræder fag ikke særskilt⁵, hvilket måske kan hænge sammen med, at fag angiveligt er et så alment begreb, at det er svært at definere⁶.

Lauvås & Lauvås's definition af 'fag' kombinerer betydningen håndværksfag med videnskabsfag: "*Kombinationen mellem virkefelt, metoder, sandhedskriterier, begreber og teknologi, som danner grundlaget for kundskabsbasen indenfor et fag, og som dermed også kan siges at definere faget*"⁷.

Eftersom der indgår sandhedskriterier og begrebssætninger i det enkelte fag, må de forskellige fags sandhedskriterier kæmpe om definitionsmagten, når forskellige fag bringes sammen i et virkefelt, som det er tilfældet, når sygeplejersken indgår i et tværfagligt samarbejde med andre fagpersoner. Indsatserne ikke lige gyldige, men tillægges værdi alt efter kontekst. Konkurrencen om et fags værdi må derfor skærpes i relationen med andre fag afhængig af den organisation eller kontekst, det virker i.

Idealforestillingen om, at forskellighed og lighed i det tværfaglige samarbejde går sammen hånd i hånd på en uproblematisk måde, betragter jeg derfor som en illusion. Som jeg ser det, skabes fag af socialt genererede symbolbetydninger, der kan forklares ud fra fagets funktion og genese.

For at illustrere, at stærke kræfter er i spil, når forskellige fag bringes i interaktion med hinanden, vil jeg vise en interessant betydning af fag, som jeg fandt i Den Store Danske Encyklopædi på min rundtur til forskellige opslagsværker på jagt efter en definition på 'fag':

"- *fag som 2. sammensætningsled af latin phagus eller græsk phagos (af phagein = "at æde, spise") betegner noget, der fortærer noget. F.eks. fytofag = planteædende. Som 1. sammensætningsled bruges fago-, f.eks. fagocyt, om celler, der kan 'æde' fremmedlegemer*"⁸.

Det vil altså sige, at fag skulle have en ædende egenskab, hvorved der opstår en risiko (eller chance – alt efter position) for, at nogen, der kommer tæt på faget, hvilket må være

⁵ men er omtalt under 'faggrupper', Pedagogisk oppslagsbok, bind I. Gyldendal Norsk Forlag, A/S 1974. Opslag i engelske og tyske pædagogiske opslagsværker under henholdsvis *discipline* og *fach* giver brede beskrivelser, som kan oversættes på andre måder end det danske *fag*.

⁶ Nordenbo, 1985 i: Lauvås & Lauvås, 1994, s. 38. (Sven Erik Nordenbo er lektor på pædagogikstudiet, Københavns Universitet og har pædagogisk filosofi som sit speciale).

⁷ Lauvås & Lauvås, 1994, s. 38. (Lauvås, K. er norsk specialpædagog og Lauvås, P. er norsk professor i pædagogik).

⁸ Den Store Danske Encyklopædi, 1996, s. 172.

situationen ved tværfagligt samarbejde, bliver ædt op ! En biologisk betydning af fag er problematisk, fordi fag i denne forståelse skulle besidde et iboende karaktertræk som en slags genetisk arveanlæg, hvilket det naturligtvis ikke gør. Men som en aforisme kan fag levendegjort af mennesker med en ædende egenskab illustrere – ganske vist på en lidt overdreven måde - de drivkræfter, der er i fagfolk, når faget skal udfoldes.

At fag giver anledning til kampe kan også ses af det perspektiv, som Løchen⁹ anlægger på fag, som han sammenligner med ”*erobrede landområder eller intellektuelle territorier, som skal forsvares mod invasion eller forurenende immigration fra fjendeland*”¹⁰. I følge Løchen sætter fag en skillelinie mellem dem, der er meningsberettigede og dem, der bør holde mund¹¹! Med disse konnotationer til nationalidentitet betyder det, at fag kan in- og ekskludere, ligesom landegrænser in- og ekskluderer nationalstater. Men i lighed med fag er nationalstater heller ikke neutrale og værdifrie størrelser. Nationalstaternes betydning er ganske vist sat under pres med globaliseringen (som i en række sammenhænge omtales positivt værdiladet i lighed med tværfagligt samarbejde, som jeg har påstået ovenfor), men det faktum, at landegrænser er under opbrud, har ikke suspenderet de kræfter, der konstituerer hvem, der er ’inde’ og ’ude’ på det globale landkort. Tværtimod har globaliseringen medført en stratificering på såvel individ- og gruppeniveau lokalt i de enkelte samfund og blandt nationalstaterne på globalt plan¹². Men hvordan går det så, når grænser mellem fag bliver sat under pres ? Ændrer det på autoritetsstrukturen i de sammenhænge, fag virker i ?

I dette speciale er jeg optaget af fag som virkefelt, dvs. der hvor fag praktiseres. Netop i forhold til virkefelt omtales fag ofte som profession¹³.

Mens der ikke har været stillet spørgsmål ved, om sygepleje er et fag, har det til gengæld været diskuteret, om sygepleje er en profession. En profession beskrives af flere forfattere med følgende gennemgående træk: En profession er baseret på en bestemt, langvarig uddannelse baseret på systematisk teori. Der er samfundsmæssig sanktionsmulighed, etiske

⁹ Norsk professor i medicinsk sociologi. Har skrevet doktordisputats om forholdet mellem patienter og ansatte på et psykiatrisk hospital i Norge.

¹⁰ Løchen, 1985 i: Lauvås, 1994, s. 37.

¹¹ Ibid.

¹² Ifølge den polsk/engelsk sociolog, Zygmunt Bauman (1925), kan globalisering forstås som to modsatrettede processer, der foregår på globalt og lokalt niveau, og som medfører forandringer i økonomi, handel, politik og kommunikation og dermed i menneskers sociale og materielle livsbetingelser, Bauman, 1998, se senere.

¹³ I Psykologisk pædagogisk ordbog er ’fag’ synonymt med disciplin og profession, Psykologisk, pædagogisk Ordbog, 1997, s. 105.

regler, autonomi, dvs. selvbestemmelse på faglige spørgsmål, og der er monopol på fagudøvelsen¹⁴.

Specielt hvad angår, at en profession er baseret på en bestemt langvarig uddannelse og systematisk teori, har det været diskuteret, om sygeplejefaget er en selvstændig profession. I modsætning til de klassiske professioner som læge-, præste- og advokatprofessionen omtales sygeplejefaget da også sammen med lærer- og pædagogfaget som en semi-profession¹⁵ eller som en ”wannabe-profession”¹⁶.

Ligesom ’fag’ tillægges værdi, er der tale om, at de enkelte træk, der karakteriserer en profession tilskrives en særlig værdi, hvorved en profession tildeles en plads enten indenfor eller udenfor inderkredsen af fag, der tildeles særlige privilegier. Jeg skal ikke her forfølge et svar på, om sygepleje er en selvstændig profession eller ej. Det har været diskuteret i mange sammenhænge og ville fordrer en positivistisk udredning. Jeg er derimod interesseret i at undersøge de strategier, sygeplejersken som repræsentant for en faggruppe eller en profession tager i anvendelse, når hun¹⁷ skal manifestere sig i samarbejdet med andre faggrupper i en given historisk og kulturel kontekst.

1.1. Præcisering af problemstillingen

Når jeg interesserer mig for at undersøge sygeplejerskers praktik¹⁸ i forbindelse med tværfagligt samarbejde, hænger det sammen med, at jeg som uddannet sygeplejerske og nu underviser på H:S Sygeplejerskeuddannelsen er blevet opmærksom på, at tværfagligt samarbejde er blevet sat på dagsordenen både indenfor sygeplejeerhverv og -uddannelse.

Toneangivende sygeplejersker fra sygeplejerskernes fagforening, Dansk Sygeplejeråd (DSR)¹⁹, kobler tværfagligt samarbejde som arbejdsform tæt til et opbrud af de traditionelle faggrænser, hvor specielt grænsen mellem behandling og pleje repræsenteret ved læger og

¹⁴ Sådan kan det opsummerende ses hos Torgersen, 1972, s. 10, Jensen, 1993, s. 32 – 33, Selander, 1989, s. 12 – 17, Due og Madsen, 1990, s. 359 – 360.

¹⁵ Selander, 1989, s. 16.

¹⁶ Hjort, 2002, s. 16. Begrebet signalerer, at et professionsbestræbelser er gennemskuet.

¹⁷ Hun vil af nemhedsgrunde fremover blive brugt om sygeplejersken, se senere.

¹⁸ Praktik vil fremover blive brugt som en socialt iværksat vedvarende måde at gøre noget på, Callewaert, 2001, s. 124.

¹⁹ Med ’toneangivende sygeplejersker’ mener jeg sygeplejersker, som af sygeplejersker generelt anses som værende ordførende på fagets/professionens vegne, og som påberåber sig at tale fagets sag. Hvordan det kan forklares, at netop fagforeningen er så toneangivende, som det er min opfattelse, vil ikke blive udfoldet i denne sammenhæng.

sygeplejersker ønskes opblødt²⁰. Toneangivende sygeplejersker fra fagforeningen udtaler, at sygeplejersker ”...i fremtiden kommer til at afgive arbejdsopgaver til andre arbejdskolleger fra andre faggrupper. Samtidig kommer de selv til at løse helt andre opgaver, end de er vant til”²¹. Arbejdsopgaver afgives og udveksles tilsyneladende i forventning om at få noget til gengæld, og retorikken skaber, som jeg hører den, en forventning om, at de ’helt andre arbejdsopgaver’ også skaber nye muligheder for sygeplejersker.

På uddannelsessiden er tværfagligt samarbejde også sat på dagsordenen. I den ny bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen, der trådte i kraft 1. september 2001, er tværfagligt samarbejde fremhævet under uddannelsens formål som en kvalifikation, der ønskes udviklet i uddannelsen, og tværfagligt samarbejde optræder som en selvstændig tematik, der har fået tildelt ECTS points²². Bekendtgørelsen om sygeplejerskeuddannelsen er omfattet af Lov om mellemlange videregående uddannelser, hvor de mellemlange videregående uddannelser er kendetegnet ved at være *praksisnære, professionsrettede og erhvervsrettede*²³. Sygeplejerskeuddannelsen gives i lighed med de øvrige mellemlange videregående uddannelser mulighed for tildeling af titlen som professionsbachelor²⁴.

På uddannelsesinstitutionsniveau er der ligeledes lagt op til tværfagligt samarbejde. Sygeplejerskeuddannelsen indgår sammen med andre mellemlange videregående uddannelser i Centre for Videregående uddannelser (CVU), og lokalt i H:S sygeplejerskeuddannelsen, som er min daglige arbejdsplads, er der lagt op til, at de tværfaglige moduler planlægges og

²⁰ Rapport fra udvalget vedrørende den fremtidige plejeprofili, Amtsrådsforeningen, DSR og FOA, Amtsrådsforeningen, 2001, s. 4.

²¹ ”Sygeplejersken”, 38/2001, s. 7. Synspunktet er fremsat i forbindelse med at DSR/Sundhedskartellet i samarbejde med FOA/Det Kommunale Kartel, Foreningen af Yngre Læger og Amtsrådsforeningen har udarbejdet et projektoplæg om opgaveglidning og kompetenceudvikling.

²² BEK nr. 232, af 30.03.2001, s. 1. Tværfagligt samarbejde har fået tildelt 8 ECTS-points ud af uddannelsens samlede 210 ECTS point. ECTS er forkortelsen for European Credit Transfer System, som er et europæisk meritoverførelsessystem. Formålet med systemet er ”at udvikle de interuniversitære samarbejde som middel til at forbedre uddannelsernes kvalitet til gavn for de studerende og de højere uddannelsesinstitutioner og de studerendes muligheder for mobilitet”. Europakommissionen, 1998, s. 2.

²³ Lov om mellemlange videregående uddannelser, Lov nr. 481 af 31.05.2000, 2000, s. 1.

²⁴ Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor, BEK 113 af 19.02. 2000, s. 1. Det er således en politisk beslutning, at sygeplejerske efter endt uddannelse kan kalde sig professionsbachelor. Nu kan sygeplejerskeuddannelsen markere sig på et formelt højere uddannelsesniveau i et konkurrencepræget uddannelsesmarked. Men erhvervelse af en bachelorgrad med mulighed for videregående uddannelse kræver tid, anstrengelse og engagement og sker ikke øjeblikkeligt som en gave eller et bytte i form af et eksamensbevis. Der foregår til stadighed en kamp i uddannelsesfeltet, hvor sygeplejersker ved hjælp af uddannelse markerer sig i det sociale magthierarki. Det betyder, at sygeplejersker kravler op ad en stige, som imidlertid står på mosegrund, og som derfor synker (Inspireret af Callewaert, 1998, Uddannelsesfilosofi...s. 471 – 473).

afvikles i samarbejde med disse²⁵. En sådan planlægning harmonerer med DSR's forventninger til CVU-konstruktionen om, at et tæt samarbejde mellem undervisere og studerende i de mellemlange videregående uddannelser vil bidrage til at styrke det tværfaglige samarbejde i erhvervsudøvelsen²⁶. Spørgsmålet er imidlertid, om sygeplejerskens tværfaglige samarbejde med de andre mellemlange videregående uddannelsers erhvervsudøvere er så afgørende for sygeplejerskens erhvervsudøvelse, at det giver mening at prioritere netop disse faggruppers indbyrdes samarbejde i uddannelsen, eller måske forestiller man sig, at der er transferværdi til en hvilken som helst kontekst ?

Hvordan forbindelsen mellem uddannelse og erhverv kan anskues, er ikke dette speciales fokus, men uddannelsens erhvervsrettethed har sammen med fokuseringen på tværfagligt samarbejde ansporet min nysgerrighed til at undersøge sygeplejerskens praktik i erhvervsudøvelsen:

Hvilke faggrupper arbejder sygeplejersken sammen med, og hvordan foregår det ? Hvad er det for faggrupper, sygeplejersken giver og tager arbejdsopgaver fra ? Hvilke arbejdsopgaver drejer det sig om, og hvilke nye muligheder - og begrænsninger - er der for sygeplejersken, når faggrænser opbrydes ?

For at kunne tage afsæt i en viden, der eventuelt måtte findes om emnet, har jeg søgt i forskellige databaser efter danske, publicerede studier af sygeplejerskers samarbejde med andre faggrupper. Her har jeg ikke fundet undersøgelser, der specifikt har sygeplejerskens samarbejde med andre faggrupper som genstand, selvom sygeplejerskens relationer til andre fagpersoner på ingen måde er ubeskrevet²⁷.

Overordnet er mit formål at undersøge, hvordan en bid af 'den virkelige virkelighed' ser ud, og hvad den beror på – en viden som ikke i første omgang er rettet mod en foreskrivelse af,

²⁵ Jævnfør *Bekendtgørelse af lov om Centre for Videregående Uddannelse og andre selvejende institutioner for videregående uddannelser mv*, LBK nr. 684 af 11/07/2000 indgår H:S Sygeplejerskeuddannelsen i CVU med fysioterapeut-, ergoterapeut-, bioanalytiker- og jordmoderuddannelsen.

²⁶ I en kommentar til at sygeplejerskeuddannelsen nu indgår i CVU'er med andre mellemlange videregående uddannelser udtaler Dansk Sygeplejeråds 2. næstformand: *"Jeg ser meget positivt på dette, da de nye udviklingstendenser i sundhedsvæsenet peger mod en ændring af traditionelle samarbejdsprocedurer, herunder en styrkelse af det tværfaglige samarbejde"*, Sygeplejersken, 31/2001, s. 11.

²⁷ F.eks. indgår der elementer heraf i Helle Plough Hansens antropologiske feltstudier (ph.d.-afhandling) af sygeplejen til kræftpatienter (Hansen, 1993) og i Kristian Larsens Bourdieu-inspirerede observationsstudie (ph.d.-afhandling) af praktikuddannelse indenfor sygeplejerskeuddannelsen (Larsen, 1999) og i Henrik Eriksens og Helle Ulrichsens (begge med lægefaglig baggrund, sidstnævnte nu administrerende direktør i H:S) Schein-inspirerede empiriske undersøgelser af kulturforskelle og -ligheder mellem læger, sygeplejersker og administratorer (besvarelse af en HD-hovedopgave ved Handelshøjskolen), Eriksen & Ulrichsen, 1991. Den svenske sociolog, Gerd Lindgren, har foretaget en empirisk undersøgelse af den informelle magt på et svensk hospital, Lindgren, 1993, som jeg inddrager senere.

hvordan der bør undervises i en professionsrettet uddannelse men som i det mindste forhåbentlig kan kvalificere uddannelsesplanlæggeres beslutningsgrundlag. På baggrund af ovenstående ønsker jeg at undersøge:

- Hvordan kan sygeplejerskens udøvelse af tværfagligt samarbejde forstås og forklares ?
- Hvordan påvirker opblødning af faggrænser autoritetsstrukturen i hospitalsfeltet ?

1.2. Læsevejledning

Specialet falder i to dele: Første del omfatter de videnskabsteoretiske og teoretiske overvejelser i relation til specialets spørgsmål, og anden del omfatter den empiriske undersøgelse herunder overvejelser over de konkrete arbejdsmetoder, præsentation af datagrundlaget, analyse og fortolkning, refleksioner over undersøgelsens teori og metode (herunder egen relation til undersøgelsesgenstanden) konklusion og de perspektiver, der har åbnet sig for mig.

I kapitel 2 præsenteres de dele af Bourdieu og Halls positioner, jeg har ladet mig inspirere af. I afsnit 2.6 afprøver jeg Halls eklektiske position i en analyse af de toneangivende sygeplejerskers retorik om tværfagligt samarbejde og opbrud af faggrænser. På denne måde kommer dele af Giddens' analyse af det senmoderne samfund og Baumans analyse af de menneskelige konsekvenser ved globaliseringen til at belyse den betydning, der kan ligge i, at toneangivende sygeplejersker fra Dansk Sygeplejeråd taler om tværfagligt samarbejde og opbrud af faggrænser i positive toner. I kapitel 3 foretager jeg en forkonstruktion af hospitalsfeltet. I afsnit 3.1 fremanalyserer jeg de tendentielle kræfter i den historiske blok i tiden omkring sygeplejefagets opkomst, hvor autoritetsstrukturen mellem læge og sygeplejerske identificeres. I kapitel 3.2. fremanalyseres nogle strukturelle vilkår for sygeplejersken og hendes tværfaglige samarbejdspartnere, som er gældende for hospitalet i dag. Idéen er at rammesætte vilkårene for det tværfaglige samarbejde, hvorved det bliver muligt ud fra den empiriske undersøgelse at efterprøve, hvorvidt autoritetsstrukturen har ændret sig.

Herefter starter anden del af specialet: den empiriske undersøgelse. I kapitel 4 diskuteres de konkrete metoder, der er anvendt. I kapitel 5 præsenteres datagrundlaget, den kirurgiske klinik, hvor jeg foretog mine feltstudier samt personalet på den kirurgiske klinik. I kapitel 6

analyseres og fortolkes det empiriske materiale. For at den udenforstående kan danne sig en forestilling af, hvad der foregår på et kirurgisk sengeafsnit, indledes der i afsnit 6.1. med en kommenteret døgnrytmebeskrivelse af de aktiviteter, der foregår set ud fra et sygeplejerskeperspektiv. Herefter præsenteres i afsnit 6.2. kontorlokalet og patientstuen, som er de rum, hvor sygeplejerskens tværfaglige samarbejde som oftest foregår.

Afsnit 6.3. er en analyse og fortolkning af sygeplejerskens tværfaglige samarbejde med fysioterapeuten og bioanalytikerens, som er de tværfaglige samarbejdspartnere fra de mellemlange videregående uddannelser, sygeplejersken samarbejder mest med i den kirurgiske klinik. Afsnit 6.4. repræsenterer et brud i fremstillingen af de empiriske fund. Eftersom jeg kommer til at fokusere på lægen og dernæst social- og sundhedsmedhjælperen som de tværfaglige samarbejdspartnere, sygeplejersken giver og tager arbejdsopgaver fra, foretages en delvis rekonstruktion af de tre faggruppers sociale herkomst og uddannelsesmæssige baggrunde. Denne rekonstruktion skal hente forklaringskraft til repræsentanter fra de tre faggruppers praktik, og den trækker på den svenske sociolog, Gerd Lindgrens empiriske undersøgelse af den informelle magt på et svensk hospital samt analyser af dele af de tre faggruppers respektive uddannelsesordninger.

I afsnit 6.6. analyseres sygeplejerskens tværfaglige samarbejde med lægen. Det analyseres, hvordan kravene om opfyldelse af produktionsmål, og effektivitet fra moderniseringsprocesernes krav sammen med den ekstreme lægelige specialisering får implikationer for sygeplejerskens tværfaglige samarbejde med lægen. Og det fremanalyseres, hvilke tidligere lægeopgaver sygeplejersken nu har taget på sig.

I afsnit 6.7. analyseres sygeplejerskens tværfaglige samarbejde med social- og sundhedsassistenten, og de opgaver, som sygeplejersken afgiver og påtager sig i relation til denne faggruppe, fremanalyseres.

Refleksioner over undersøgelsens teori og metode fremgår af kapitel 7. Af hensyn til overskueligheden har jeg primært valgt at samle disse refleksioner i ét kapitel, selvom sådanne refleksioner er indgået i hele processen. Kapitel 8 udgør konklusionen på undersøgelsen, og i kapitel 9 afsluttes med en kort perspektivering som udgang på specialet.

2. VIDENSKABSTEORETISKE OG TEORETISKE OVERVEJELSER.

Jeg har valgt at foretage en empirisk undersøgelse for at kunne besvare mine spørgsmål. Men hvordan ser jeg på min undersøgelsesgenstand - sygeplejerskens praktik når hun samarbejder

tværfagligt på et hospital - og hvordan går jeg som konsekvens heraf til værks ? Det skal det følgende handle om.

Min indgang til at undersøge problemstillingen er videnskabsteoretisk primært inspireret af den franske kultursociolog, Pierre Bourdieus praxeologiske videnskabsform komplementært²⁸ med den jamaicanskfødte sociolog, Stuart Halls udlægning af den britiske kulturstudietradition²⁹.

Udfordringen ligger i at få teori og empiri til at hænge sammen på en sådan måde, at jeg på den ene side ikke isolerer teorien fra det, der skal undersøges empirisk men på den anden side heller ikke udleder empirien direkte af teorien. Sammenhængen mellem teori og empiri består bl.a. i at synliggøre og ekspliciterer, gennem hvilke briller jeg ser og hører det, jeg gør.

Mit fokus for undersøgelsen er sygeplejerskens udvalgte praktikker på et hospital. Hvad kan da være en rimelig forklaring på hendes situation ? Jeg ser det på den måde, at det drejer sig om en bestemt faggruppe, som skal fungere i et bestemt felt, hospitalet, på baggrund af en habitus. Da jeg i hovedsagen er inspireret af Bourdieus videnskabsteoretiske tilgang, vil jeg nu redegøre for de dele af Bourdieus praxeologiske videnskabsform, der har relevans for specialet for derefter at reflektere dem ind i specialets konkrete problemstilling. Jeg skal senere uddybe, hvorfor jeg har fundet det vigtigt at supplere Bourdieu med Halls position.

2.2. Bourdieus praxeologiske videnskabsform

I Bourdieus teoretiske arbejder (herunder hans habitusbegreb, feltbegreb og praktikteori) ligger der en mening om, hvordan vi kan bedrive social videnskab og sige noget om den virkelighed, vi studerer uden at vælge mellem individet eller samfundet, objektet eller subjektet, fordi virkeligheden ligger i relationerne. Det, der eksisterer i den sociale verden, er

²⁸ Komplementaritetsbegrebet er oprindeligt udmøntet indenfor atomfysikken. Der benyttes det om det forhold, at en fuldstændig beskrivelse af et fysisk fænomen undertiden kun kan opnås gennem skiftende synsvinkler, der således – selvom de gensidigt udelukker hinanden – samtidig supplerer og kompletterer hinanden. Det er i denne forståelse, jeg bruger begrebet komplementært. Siden er komplementaritetsbegrebet forsøgt overført til andre videnskaber blandt andet antropologien, Fock, 1988, s. 185.

²⁹ Bourdieu (1930 – 2001), Hall (f. 1932). Det skal bemærkes, at de mig bekendt ikke eksplicit har undersøgt problematikker i sundhedsvæsenet, men jeg anvender deres teorier om generelle mekanismer i produktionen af menneskelig handlen og kultur, som deres respektive begrebsapparater tilbyder forklaringer på. Bourdieus praktikteori (også beskrevet som praxeologisk videnskabsform, Callewaert, 1998, s. 13) har dog været anvendt i anerkendte, danske forskningsprojekter omhandlende sygepleje, hvorfor jeg i høj grad trækker på disse arbejder i konstruktionen af min undersøgelsesgenstand. F.eks. T.E. Eriksen, 1992, K.A. Petersen, 1997/98 og K. Larsen, 1999.

relationer – ikke kun interaktioner mellem agenter³⁰, men objektive magtrelationer mellem sociale positioner.

Bourdieu overskrider den modsætning, der på det analytiske og teoretiske plan ofte stilles op mellem struktur og subjekt, hvor praksis enten er styret af en bagvedliggende struktur, som agenten ingen indflydelse har på, eller at praksis alene er et spørgsmål om viljehandlinger. Bag denne analytiske modsætning ligger der forskellige tilgange til, hvordan vi forstår virkeligheden: en objektivistisk tilgang, hvor menneskelige handlinger forklares som determineret af objektive, sociale strukturer og en subjektivistisk tilgang, som forklarer menneskelige handlinger som resultat af de enkelte agenter bevidsthed og vilje.

Bourdieu kalder selv sin videnskabsfilosofi *relationel* og *dispositionel*³¹. Det relationelle skal forstås som de relationer, der opstår, når forskellige agenter i det sociale rum indtager forskellige positioner. Eftersom disse relationer ikke er fysisk eksisterende, må deres symbolske betydning konstrueres og dokumenteres gennem videnskabeligt arbejde. Positionerne indtages på baggrund af dispositionerne, som udgøres dels af de potentielle muligheder, der er indskrevet i agenternes kroppe, og dels af strukturen i de situationer, de handler inden for. Bourdieu har udviklet begreberne habitus, felt og kapital til at indfange relationen mellem de objektive strukturer i de sociale felter og de kropsliggjorte strukturer.

2.2.1. Habitusbegrebet.

Alle individer i en gruppe har ikke samme livshistoriske erfaring, men de har mere til fælles med hinanden, end de har tilfælles med medlemmer fra en anden klasse. Eksempelvis har sygeplejersker indbyrdes mere til fælles, end de har til fælles med læger eller social- og sundhedsassistenter. Et samfund sætter gennem sin kollektive historie livsvilkår for sine individer som f.eks. udvikling af stadig større institutioner, som primært tilbyder behandling, belønning af højtuddannede, udvikling af kommunikationsmuligheder på tværs af landegrænser. Disse strukturer inkorporeres over tid som varige dispositioner i det enkelte individ, strukturerne indprenter kunsten at vurdere, hvad der er sandsynligt og muligt for at gøre sig gældende. På denne måde er det muligt at foretage en mikrosociologisk analyse ved

³⁰ Jeg har bibeholdt betegnelsen agent fra Bourdieu frem for aktør-begrebet, som også er brugt i visse danske oversættelser. Min begrundelse er, at agent semantisk lægger sig tæt op af *agens* = den handlende (fra latin præsens participium, aktivum) og derfor i lidt højere grad lægger vægt på at tilskrive subjektet handlemuligheder.

³¹ Bourdieu, 1997. *Af praktiske grunde*, s. 11.

at inddrage makrosociologiske strukturer i forklaringen. Habitus undergår til stadighed forandringer som svar på nye erfaringer, men ændringerne lægger sig ovenpå det, der var i udgangspunktet³². Nye erfaringer må inkorporeres over tid for at sætte sig varige spor i handlingsberedskabet. F.eks. kan en sygeplejerske i enkeltstående situationer lykkes med at tale i naturvidenskabelige termer med lægen, men vil på et eller andet tidspunkt blive 'afsløret' af sin habitus, og dermed den deficit i naturvidenskabelig viden, hun qua sin uddannelse har i forhold til lægens uddannelsesmæssige baggrund.

Habitusbegrebet er Bourdieus mediator mellem den sociale verdens objektive strukturer (livsvilkår) og menneskets subjektive erkendelse og er som sådan en teoretisk rekonstruktion af en opfindsom 'praktisk sans'. Qua habitus mener Bourdieu, at forskellige praktikker blandt grupper og klasser harmoniseres og homogeniseres indenfor rammerne af de for gruppen eller klassen specifikke livsbetingelser³³. Habitus kan med andre ord udpege det fælles, der ligger under de individuelle forskelle. Når Bourdieu taler om sociale klasser, er det ikke for at angive en samlet population af individer, men fordi han kan udpege en klasse-habitus (system af dispositioner), som delvis er de samme for dem, der lever under de samme livsvilkår³⁴. System af dispositioner refererer til, at et enkelt individs habitus skal betragtes som en strukturel variant af klasse- eller gruppe-habitus³⁵. Når jeg efterfølgende observerer og interviewer den enkelte sygeplejerske eller én af hendes tværfaglige samarbejdspartnere, skal de derfor betragtes som en variant af gruppen og som repræsentant for faggruppe-habitus.

Den relationelle og dispositionelle tænkning hos Bourdieu er som nævnt central. Men hvordan omsættes en sådan filosofi til en videnskabelig fremgangsmåde? I næste afsnit fremstiller jeg den metodiske tilgang, som Bourdieu anbefaler, og som jeg har brugt som inspiration.

2.2.2. Brudtænkning og objektkonstruktion

En konstruktion af undersøgelsesgenstanden anser Bourdieu for at være den fundamentale videnskabelige handling. *"Man nærmer sig ikke virkeligheden uden en hypotese, uden*

³² Bourdieu, 2000, s. 161.

³³ Bourdieu, 2002, s. 101 – 102.

³⁴ Callewaert, 1992, s. 177. (Callewaert er professor emeritus i pædagogik på Københavns Universitet. Han har sammen med Donald Broady (professor i pædagogisk sociologi ved Uppsala Universitet) for alvor introduceret Bourdieus tænkning i Skandinavien.

³⁵ Bourdieu, 1990, s. 60.

konstruktionsinstrumenter”³⁶. Ifølge Bourdieu konstruerer man virkeligheden, også selvom man tror, man er fri af fordomme. Det er her brudtænkningen bliver central. Fra Bourdieu lyder anbefalingen, at forskeren for at undersøge noget må foretage et dobbelt brud: dels med agenternes primære erfaringer af deres egen situation, dels med sin egen praksis som forsker. Idet forskeren selv er en del af den sociale verden, der skal undersøges, så skal hun/han – trods sin ekspertise – underkastes den samme tvivl, som bliver agenterne til del³⁷. Bourdieu har understreget det på følgende måde: *”En videnskabelig praksis, der undlader at sætte spørgsmålstejn ved sig selv, aner i virkeligheden ikke, hvad den selv foretager sig”*³⁸. Der skal således ikke alene reflekteres over forskerens egen relation til sin undersøgelsesgenstand, men også over sociologiens position i relation til det aktuelle paradigme, forskeren arbejder indenfor³⁹.

Bourdieu gav ikke mange konkrete anvisninger på, hvordan forskeren kan objektivere sig i forhold til det felt, hun er en del af. Eksplicitering af ens udgangspunkt og forudsætninger samt en tydelig tilkendegivelse af den anvendte metode og illustration af bruddene undervejs er den måde, der er anvendt i noget af den Bourdieu-inspirerede forskning, jeg har læst⁴⁰. Hvad det betyder, at jeg selv er en del af den kultur, jeg undersøger, vil jeg diskutere i afsnit 2.3. og 2.4., og inden jeg konkluderer på undersøgelsen, reflekterer jeg over de implikationer, jeg mener, det har haft for mine fund.

Når Bourdieu fandt det nødvendigt at bryde med agenternes egne primære erfaringer, er det fordi agenterne ikke kan gennemskue og dermed forklare sig på en udtømmende måde. Agenterne erfarer deres forhold og praktikker som naturlige og selvfølgelige, men den erfaring udelukker pr. definition, at agenten stiller spørgsmål angående denne erfarings mulighedsbetingelser – spørgsmål som hvorfor forekommer min praktik sådan for mig? Sygeplejersken stiller eksempelvis ikke spørgsmål til sig selv om, hvorfor hun mener, det er bedst, at hun holder sig parat til stuegang fremfor at gå i gang med patientplejen ?

For at kunne besvare den slags spørgsmål er første fase i Bourdieus sociologiske metode derfor at give en objektiv beskrivelse af de fysiske elementer, der kan observeres, måles og kortlægges uafhængigt af de forestillinger, individerne gør sig om dem. Ved hjælp af statistisk

³⁶ Bourdieu, 1998, s. 113. *I mellemtiden har jeg lært.....* I: ”Pierre Bourdieu. Centrale tekster.....”

³⁷ Nørholm, 1998, s. 110. *Det dobbelte brud*. I: ”Pierre Bourdieu. Centrale tekster.....”.

³⁸ Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 218.

³⁹ Bourdieu, 1998, s. 115 – 116.

⁴⁰ F.eks. Moldenhawer, 1994, Petersen, 1997/98, Larsen, 1999. Petersen har fremstillet sin hele sin livshistorie med henblik på at eksplicitere sine forudsætninger. Det vil læseren her blive skånet for...

materiale, etnografiske beskrivelser og konstruktioner af modeller, kan undersøgeren udefra rekonstruere de objektive regelmæssigheder, agenterne er underlagt.

Risikoen ved den objektiverende tilgang til analyser af sociale fænomener er, at den har en tendens til at gå direkte fra model til virkelighed, sådan at det ser ud som om, det er forskerens model, der opererer inde i agenterne. Det er begrundelsen for, at Bourdieu foretager et brud med den første fase i dobbeltperspektivet.

I anden fase inddrages individernes umiddelbare erfaringsverden, så man på den måde kan beskrive de perceptionsmatricer og vurderingskriterier, der så at sige indefra strukturerer deres adfærd og forestillinger om omverdenen.

Når agenten således ikke kan forklare sig på en udtømmende måde, beror det jævnfør Bourdieu på, at sociale forhold altid og overalt, om end i forskellig grad, også omfatter et aspekt af vilkårlig magtudøvelse samtidig med, at de forudsætter legitimering⁴¹.

Objektkonstruktion er ikke et arbejde, der er gjort en gang for alle i forskningsprocessens indledende fase, men et arbejde der skal udføres i alle konkrete forskningssituationer som små korrektioner⁴². Brudtænkningen må ifølge Bourdieu integreres i ens forskerhabitus, som man opnår ved at udøve sin *métier* som forsker, hvilket kan være et problem for en novice som mig uden forskerhabitus. Synspunktet er imidlertid blødt op i forbindelse med *"The Weight of the World"*⁴³, hvor forskerholdet fra starten blev præsenteret for visse metodiske principper. Callewaert har udlagt det på denne måde: *Ganske vist er det ikke ved at høre hvordan, at man lærer at kunne. På den anden side skal man begynde et sted og ikke alle steder på én gang*⁴⁴. Det har således også været gældende for mig.

2.2.3. Inspiration fra feltbegrebet til hvordan sygeplejerskens praktik kan undersøges.

For så vidt angår konstruktionen af undersøgelsesgenstanden peger Bourdieu på **felt** som en *"stenografisk angivelse af en bestemt måde at konstruere analysegenstanden"*⁴⁵, hvilket vil sige, at felt på et overordnet plan fungerer som styringsprincip for alle de praktiske valg, der skal træffes i et projekt. Feltet er udstyret med nogle sociale og økonomiske betingelser, som

⁴¹ Callewaert, 1998 s. 14. I: *"Pierre Bourdieu. Centrale tekster...."*

⁴² Ibid. Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 209, Bourdieu, 1998, s. 119

⁴³ Bourdieu et al, 1999.

⁴⁴ Callewaert, 1998, s. 123.

⁴⁵ Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 210.

er med til at strukturere relationerne mellem feltets agenter. Agenterne indtager forskellige positioner forankret i bestemte former for magt eller **kapital**, som kan forklares med værdier, forråd, ressourcer eller trumfkort i forhold til, hvad der af sociale grupper anses for værdifuld⁴⁶. Bourdieu skelner mellem forskellige kapitalformer: kulturel kapital (kultiveret sprogbrug og fortrolighed med den såkaldte finkultur), social kapital (slægtskab, venskabsforbindelser, kontakter med gamle skolekammerater) og økonomisk kapital (materielle besiddelser samt kendskab til økonomiens spilleregler). Derudover kan der være tale om specielle kapitalformer som f.eks. uddannelseskapital og videnskabelig kapital. Alle kapitalformer fungerer som symbolsk kapital i den sammenhæng, de tilkendes værdi⁴⁷.

Bourdieu siger om **strukturen i feltet**, at den er en tilstand i den specifikke kapitalfordeling, som er blevet opsamlet i løbet af tidligere kampe, og som derfor orienterer de efterfølgende strategier⁴⁸. Den struktur, der ligger som princippet bag de strategier, der sigter mod en transformering af denne struktur, står altid selv på spil. Det, der står på spil i kampene i feltet, er således monopolet på 'den legitime vold', dvs. en specifik autoritet, der er karakteristisk for det pågældende felt. Til syvende og sidst er det spørgsmålet om, hvorvidt den specifikke kapital fordelingsstruktur skal opretholdes eller omvæltet.

At tale om en specifik kapitalform er ifølge Bourdieu det samme som at sige, at den specifikke kapital har værdi i relation til et bestemt felt, hvilket er ensbetydende med, at kapitalen kun kan konverteres til en anden specifik kapitalform under visse bestemte betingelser⁴⁹. Det kunne f.eks. være diagnose- og behandlingsorienteret viden, der søges konverteret til en kompetence som tværfagligt samarbejde. De, der mere eller mindre fuldstændigt monopoliserer den specifikke kapital, er tilbøjelige til at anlægge de strategier, der sigter mod at opretholde feltet og dermed forsvare ortodoxien. Hvorimod de der har mindst kapital af denne type, er tilbøjelige til at anlægge de strategier, der sigter mod at omvælte feltet, dvs. kætteriets strategier. Det er kætteriet eller heterodoxien forstået som et kritisk brud med doxa⁵⁰, et brud der ofte er knyttet til en krise, der bringer de dominerende ud af deres tavshed og gør det nødvendigt for dem at forsvare doxa. Man kan således sige, at de dominerendes interesse er at bevare tavsheden, at fastholde en tavs indforstået tilslutning til

⁴⁶ Broady, 1998, s. 420. *Kapitalbegrebet*.....

⁴⁷ Broady, 1998, s. 13. *Kulturens fält*....

⁴⁸ Bourdieu, 1997, s. 118. *Nogle egenskaber ved de sociale felter*. I: "Hvem skabte skaberne...."

⁴⁹ *ibid.*

⁵⁰ Doxa forstået som den sunde fornuft, der tages for givet af alle, Bourdieu, 1997, s. 137. *Af praktiske grunde*.

doxa, en konservativ diskurs, mens de domineredes interesse er at italesætte doxa med henblik på kritisk at forholde sig til og bryde med den.

I Bourdieus undersøgelse af hvordan mennesker deler sig ved hjælp af smag og livsstilsikoner⁵¹, har han identificeret tre strategier, som grupperer sig omkring tre grupper af kulturer: Borgerskabet har friheden til at vælge, hvorfor det at lægge afstand til laverestående klasser står centralt. Småborgerskabet stræber efter anerkendelse, der er knyttet til den borgerlige kultur, og i arbejderklassens kultur gøres en dyd af nødvendigheden⁵². Distinktion i betydningen at skille sig ud fra andre er ifølge Bourdieu en relationel egenskab, der altid står i relation til gruppens position i et bestemt socialt rum. At adskille sig fra andre må således forstås i relation til det udbud af goder og praktikker, som en given samfundsformation overhovedet gør det muligt at bringe i spil. En sygeplejerske på et hospital ”vælger” således de strategier, der er mulige med de dispositioner, hun er udstyret med, og som har resonnans indenfor det felt, hun agerer i.

Styrkeforholdet mellem positionerne i feltet er sådan, at den herskende har styrken til at påføre sin definition som den alment kendte som den rigtige. Der er ikke tale om at overføre men at påføre, hvilket forudsætter magt eller myndighed. Det forhold kalder Bourdieu den **symbolske vold**. At der er tale om vold er en følge af, at den givne definition af virkeligheden ikke kan udledes af almengyldige principper hverken af deltagerne eller udenforstående⁵³. Med andre ord virker den symbolske vold via en tro på det, som ikke engang kommer ind i synsfeltet som noget, der kunne være anderledes eller problematisk, og derfor hverken er frivilligt, accepteret eller valgt, men heller ikke påtvunget. Her er altså ikke tale om en bevidst magtudøvelse fra nogens side; det er ikke et forhold, der afspejler intentionalitet, ligesom man heller ikke kan skyde agenterne i skoene, at de ikke er skarpsindige nok til at gennemskue praktikken⁵⁴.

Denne opfattelse af mennesket rammer for alvor en pæl gennem forestillingen om mennesket som et rationelt og velovervejet væsen, der har fuldt overblik over sine handlinger, som ved, hvad det vil, og som kan omsætte vilje til handling.

Med inspiration fra Bourdieu betragter jeg det rum, hvor sygeplejersken praktiserer tværfagligt samarbejde som et felt, som i det følgende omtales som hospitalsfeltet. I kapitel 3

⁵¹ Bourdieu, 2002. *Distinction. A Social Critique of the Judgement of Taste*. Oprindeligt udgivet i 1979.

⁵² Ibid., s. 247 - 250.

⁵³ Callewaert, 1992, s. 117.

⁵⁴ Callewaert, 1996, s. 341. Callewaert, 1994, s. 13 – 14.

skal jeg vende tilbage til, hvordan jeg konstruerer dette felt. Sygeplejersken og hendes samarbejdspartnere ser jeg som de agenter, der indtager forskellige positioner, der på baggrund af historisk og socialt bestemte dispositioner indgår i et konkurrenceforhold om at definere en given samarbejdssituation. En asymmetrisk relation mellem sygeplejersken og hendes samarbejdspartnere opstår, når den ene part besidder mere af en kapitalform end en anden i det specifikke felt.

2.2.4. Hvordan arbejde praktisk med et felt ?

Når felt således er en 'stenografisk angivelse' af undersøgelsesgenstand, melder problemet sig, når man skal arbejde praktisk med det. Hvad er et felt, og hvad afgrænser et felt ? Ifølge Bourdieu er det i virkeligheden et positivistisk spørgsmål, der kun kan gives et teoretisk svar på⁵⁵.

Bourdieu's svar er, at grænsen for et felt går dertil, hvor virkningen af det ophører, eller sagt på en anden måde: En agent eller en institution er en del af et felt, for så vidt som den pågældende agent eller institution er underlagt påvirkninger fra feltet, og selv er i stand til at påvirke det. Broady udlægger Bourdieus feltbegreb som et konstruktionsværktøj i forskningsarbejdet, og opstiller som hovedkriterium for et felt, at det skal være autonomt. Desuden at feltet

- besidder sin egen specifikke kapital og *illusio*, dvs. en tro på spillet – der må være enighed om at være uenige
- har sit eget rum af muligheder, dvs. der skelnes mellem systemet af positioner og systemet af positioneringer
- har egne trosforestillinger (som Bourdieu betegner *doxa*)
- feltets struktur er en tilstand i kraftforholdet mellem de agenter eller institutioner, der er involveret i feltets kamp
- alle felter har tendens til samme logik (homologi), dvs. struktureres af kapitalmængde og anciennitet (struktur og genese)⁵⁶.

Når felt således skal betragtes som et konstruktionsværktøj, rejser det et afgrænsningsspørgsmål: Hvilke dele af alle de træk, der er relevante for den konstruerede genstand skal konstrueres ? I kapitel 3 redegør jeg nærmere for, hvordan jeg har valgt at

⁵⁵ Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 214.

⁵⁶ Broady, 1998. *Kulturens fält*, s. 20.

konstruere min undersøgelsesgenstand. Og i kapitel 4 diskuterer jeg objekt-konstruktionens instrumenter, teknikker og metoder som ifølge Bourdieu alle indeholder en implicit social filosofi⁵⁷. Bourdieu har i vid udstrækning selv gjort brug af korrespondanceanalysen⁵⁸, som stiller omfattende tidsmæssige og forskningsmæssige krav, hvorfor den ikke vil blive anvendt i dette speciale. Men tænkningen om feltets logik, konstruktion af analysegenstand og brudtænkningen er jeg direkte inspireret af.

I det følgende afsnit vil jeg diskutere mine refleksioner over, hvordan min egen relation til min undersøgelsesgenstand står i forhold til den metode, jeg tænker at gå frem efter i det empiriske arbejde.

2.3. Refleksioner over anvendelse af en Bourdieu-inspireret sociologisk metode

Fordi en Bourdieu-inspireret sociologisk teori og metode ikke tager agenternes udsagn for pålydende, men inddrager mulighedsbetingelserne for agenternes handlinger, fremanalyseres miskendte sider⁵⁹. Det vil sige, at jeg kommer til at fremanalysere magtforhold ved tværfagligt samarbejde, som ikke nødvendigvis indgår i sygeplejerskers hverdagsforståelse af fænomenet. En sådan arbejds måde kan komme let på tværs af sygeplejefagets herskende ideologi om faget som en selvstændig profession med autonomt virksomhedsområde. En Bourdieu-inspireret sociologisk analyse går ofte imod agenternes selvforståelse, hvorfor den kan afvises som irrelevant af disse. Men for Bourdieu er denne modstand og afvisning netop en del af de sociale fænomener, der er genstand for undersøgelsen, idet agenternes udsagn ikke skal tages for pålydende, men er det der skal forklares.⁶⁰ Den sociologiske analyse har til opgave trods denne modstand at fremdrage miskendte sider af sociale fænomener.

Hvis jeg i solidaritet med sygeplejerskernes selvforståelse fremanalyserede deres handlinger ud fra deres egen selvforståelse, risikerer man ifølge Bourdieu at udføre det, han kalder en velgørenhedssociologi. Han siger:

"Der er en berømt bemærkning af André Gide, at gode intentioner giver dårlig litteratur.

⁵⁷ Bourdieu, 1998, s. 120.

⁵⁸ Korrespondanceanalysen er en af de mange såkaldt multivariante analyser. Begrebet multivariant vil sige, at man i stedet for at undersøge én enkelt årsag, undersøger hvordan en række forskellige variable virker ind på én variabel. (Høyen, 2001, s. 477). Korrespondanceanalysen er ifølge Bourdieu en teknik, som tænker i termer af relationer, som han tænker idéen om et felt. For uddybning se *Distinction. A social critique of the judgement of taste*, 2002, s. 260 – 261.

⁵⁹ Bourdieu, 2002, s. 172.

⁶⁰ Callewaert, 1998, s. 14 – 15.

*Man kunne på tilsvarende måde sige, at gode intentioner giver dårlig sociologi....Man bedriver ikke sociologi for at glæde sig over at lide med dem, der lider”*⁶¹. Mens engagement i en sag er en menneskelig ressource, som også sociologien drives frem af, advarer Bourdieu mod at sociologien bliver for menneskelig. Bruddet er også med dette. Man må have modet til at sige nej til alt dette⁶².

Jeg ser imidlertid et dilemma mellem på den ene side at ville behage de informanter, der velvilligt stiller sig selv og deres tid til rådighed i en travl hverdag, og på den anden side at udsætte selv samme informanter for at få afsløret deres ideologiske selvbilleder alt sammen i videnskabens navn. Bourdieu siger det på denne måde: *”Jeg ved bedre end nogen, at der er noget ubehageligt og usympatisk ved analyser, der afdækker de sociale bestemmelser i en offentlig attitude, som folk selv føler, er resultatet af bevidste valg eller et mere eller mindre heroisk brud med systemet”*⁶³.

Dette dilemma er formentlig det samme for de fleste, der forsker indenfor det Bourdieuske paradigme. Men jeg forestiller mig, at dilemmaet er større for den, der forsker i egen kultur, hvor miskendte sider fremanalyseres af ”en af vore egne”. En udenforstående vil kunne mødes med overbærenhed : ”han vidste ikke bedre”, hvor en kulturkendt undersøger omvendt af informanterne kan opleves som ”at skide i egen rede”. Min ambition er at have modet til at sige nej til alt dette.

Selvom modet og den gode vilje skulle række, er det muligt, at mit kendskab til fagideologierne alligevel efterlader nogle blinde pletter, så de miskendte sider forbliver tilslørede. Hvordan det er gået i den empiriske undersøgelse, vil jeg senere diskutere. Den videnskabelige udfordring består i i formidlingen at genskabe informanternes perspektiv på en sådan måde, at det bliver klart for både undersøgeren og læseren, at hvis man selv havde været informant, så ville man uden tvivl have været og tænkt som informanten selv. Det står og falder altså med de løbende objektkonstruktioner, hvor der ustandseligt må spørges til, hvorfor det naturlige forekommer så naturligt for undersøgeren.

Dilemmaet mellem hensynet til videnskaben og hensynet til navnlig sygeplejerskerne, som er mine vigtigste informanter, skulle gerne gå op i en højere enhed. Dette ’hensyn’ vil blive uddybet i det følgende, hvor jeg forsøger at klargøre mine erkendelseinteresser. Dette afsnit vil samtidig også fungere som begrundelse for, hvorfor jeg har fundet det vigtigt at inddrage

⁶¹ Bourdieu, 1998, s. 116 – 117. *I mellemtiden har jeg lært.... I:”Pierre Bourdieu. Centrale tekster....”*.

⁶² Ibid.

⁶³ Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 58.

perspektiver fra Stuart Halls kulturstudietradition.

2.4. Refleksioner over egen relation til og interesse for undersøgelsesgenstanden

Som indskrevet i kulturen - med en historie som praktiserende sygeplejerske og som engageret underviser i faget - er jeg bærer af en sygeplejehabitus, hvorved jeg selv og på vegne af mine kolleger deltager i kampen om goderne i hospitalsfeltet. Min interesse i at undersøge, hvordan sygeplejersker praktiserer tværfagligt samarbejde, er derfor ikke objektiv og værdifri. Det rejser spørgsmålet om, hvilken status videnskab har i forhold til politik. Bør videnskab med andre ord forfølge politiske – her fagpolitiske mål ?

Bourdieu har ikke i udgangspunktet været interesseret i at arbejde politisk i forbindelse med sine empiriske studier, selvom han opfatter sociologien som en politisk videnskab i og med, at den grundlæggende beskæftiger sig med – og selv indgår som en del af – de strategier og mekanismer, der formidler symbolsk dominans⁶⁴. Fordi sociologien har en afslørende funktion, hvor de myter, der omgiver magtudøvelse, demonteres og tilintetgøres, kan sociologien under ingen omstændigheder være neutral, upartisk eller apolitisk, mener Bourdieu. De seneste år inden sin død opfordrede Bourdieu mere direkte til at føre videnskabens landvindinger ind i den offentlige debat som våben i en politisk kamp⁶⁵. Men som jeg læser Bourdieu har det politiske ikke første prioritet.

Min subjektive involverethed og kollegiale forbundethed med sygeplejerskerne, der i et vist omfang bærer min undersøgelse, kalder på en normativitet, som ikke sættes i forgrunden med Bourdieu. Når dele af magtforhold afsløres, etableres en dikotomisk opfattelse af, at nogen har og andre har ikke magten, hvilket jeg vedkender mig ikke objektivt at kunne forholde mig til. En erkendelse af, at nogle grupper er undertrykte i relationel forstand, appellerer til et håb om forandring og har ansporet mig til at søge efter en - om ikke frigørende erkendelsesinteresse i Habermas'⁶⁶ forstand, så dog en erkendelsesinteresse, der er orienteret

⁶⁴ Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 50 - 51.

⁶⁵ Se f.eks. et af Bourdieus seneste skrifter, *Contre-feu - 2 - Pour un mouvement social européen* (på dansk Modild) fra 2001, hvor han opfordrer til en form for protestbevægelse som modspil til den nyliberalistiske filosofi på det økonomiske og politiske område, som han mener via massiv lobbyisme formidles på en naturlig og universelt gyldig måde.

⁶⁶ Habermas fremhæver, at mennesket har en interesse i frigørelse fra den tvang, der ligger i de samfundsmæssige lovmæssigheder og et behov for at kunne skelne mellem hvad, der faktisk er uforanderlige lovmæssigheder for social handlen, og hvad der kun er fastfrosset ideologi. Denne frigørende erkendelsesinteresse danner grundlag for en bevidstgørende bestræbelse, der netop skal sætte mennesket i stand til at frigøre sig fra tvangsmæssigheden i de uforanderlige lovmæssigheder ved indsigt i dem.

mod håbskategorien i højere grad, end Bourdieus videnskabsteoretiske tilgang giver mulighed for.

Det frigørende element kan her ses som dels en søgen efter modstandspotentialer i sygeplejerskens praktik, dels som et ønske om at viderebringe min viden udenfor universitetet. Til mit ønske om at 'bekende kulør' og dermed vise de intentioner jeg har med videnskaben og min egen rolle som undersøger, ville Bourdieu sikkert sige, at jeg kan spare mig mine anstrengelser – at ville kontrollere en position er illusorisk. Jeg er altid allerede placeret af mine omgivelser.

Det skal imidlertid ikke afholde mig fra i det følgende at introducere en teoretisk tilgang, som giver mulighed for at sætte ønsket om forandring i forgrunden, uden at der anlægges et så optimistisk syn på sygeplejerskens praktik, at der sælges ud af de sociale og institutionelle bindinger, sygeplejersken er underlagt.

2.5. Introduktion til Stuart Halls kulturstudietradition

Stuart Hall var leder af Centre for Contemporary Cultural Studies (CCCS) ved universitetet i Birmingham fra 1964 – 79, hvorfra den såkaldte Birminghamskole eller den britiske kulturstudietradition har udviklet sig. Birminghamskolen har såvel en politisk som en teoretisk erkendelsesmæssig dimension, hvor produktion af ny viden har været forankret i et politisk engagement og ønske om forandring i modsætning til Bourdieus udgangspunkt. Fokus for undersøgelser har været de underprivilegerede og marginaliserede grupper herunder modstandskulturer og subkulturer⁶⁷. Stuart Hall bruger Marx og Althusser som sit *referencepunkt*, hvormed han mener, at han ikke løber fra *terrænet*, men videreudvikler og genskaber positionerne uden at miste de essentielle kvaliteter og indsigter, som de oprindeligt besad⁶⁸. Han kalder sig selv postmarxist og poststrukturalist for at lægge afstand til den objektgørelse og økonomiske determinisme, som han mener specielt marxismen har været

Habermas kan videnskabsteoretisk placeres som aftager og fornyer af den ældre Frankfurterskole og den kritiske teori. Habermas' projekt for en kritisk samfundsteori bæres af en vedholdende optimistisk grundtone i forhold til moderne samfunds institutioner og rationalitet. Hans projekt er en fortsættelse af det moderne som ufuldendt projekt, ikke en overskridelse eller afvikling af det (Pedersen, 1999, s. 164 – 165, Kjølrup, 1999, s. 97).

⁶⁷ Morley & Chen, 1996. Paul Willis, som også har hørt til i miljøet omkring den britiske kulturstudietradition, er måske bedst kendt i pædagogiske kredse for sin etnografisk inspirerede undersøgelse af, hvordan arbejderklassedrenge skaber en modkultur i skolen, der giver mening for dem, Willis, 1978.

⁶⁸ Hall, 1996, s. 149 + s. 31.

eksponent for⁶⁹. Bevidsthedens modaliteter må ifølge Hall indtænkes, hvorfor han også gør op med marxismens begreb om *falsk bevidsthed*⁷⁰.

Stuart Hall har på flere måder været inspireret af den italienske, kommunistiske politiker og filosof, Antonio Gramsci (1891 – 1937) i sine studier af specielt race, etnicitet og identitet. Det skal jeg uddybe i det følgende.

2.5.1. Halls selvbiografi som afsæt for en epistemologi

Halls selvbiografiske tilgang har inspireret mig på flere måder. Begrebet *organisk intellektuel*, som Hall har hentet fra Gramsci, rammer centralt ind i min egen position som undersøger. En organisk intellektuel er den, som en klasse selv udvikler til sine specifikke behov i modsætning til den traditionale intellektuelle, som er udviklet af en anden klasse⁷¹. Som organisk intellektuel arbejder man på to fronter:

- Med at udvikle et intellektuelt begrebsapparat
- Med at arbejde på at viderebringe den viden, man når frem til udenfor universitetet i politiske diskussioner⁷².

Inspireret af Gramsci's begreb om den organisk intellektuelle brugte Hall sin egen selvbiografi som udgangspunkt til at forme sin videnskabelige position. Han voksede op på Jamaica med dybe klasseskel mellem de farvede og den engelske kolonimagt og oplevede gennem sine forældre en modsætningsfuld situation⁷³. Hall kom til at studere i Oxford, hvorfra hans akademiske karriere tog afsæt. Det er her, han får sine 'diaspora-erfaringer'⁷⁴: *...I am not and never will be 'English'. I know both places intimately, but I am not wholly of either place. And that is exactly the diasporic experience, far away enough to experience the*

⁶⁹ Hall, 1996, s. 148 - 149.

⁷⁰ Hall, 1996, s. 30 – 32 + s. 37.

⁷¹ Gramsci / Østeling Nielsen, 1972, s. 184 – 186.

⁷² Gramsci arbejdede på at videreformidle sine kommunistiske synspunkter til fordel for underprivilegerede italienske arbejdere. Han måtte lade sin kone og to små sønner – den ene ufødt – rejse til Rusland på grund af den fascistiske terror, og i 1926 kastedes han i fængsel og døde efter 11 års fangenskab af sygdom uden nogensinde at have set sin yngste søn. Ibid., s. 20 – 21.

⁷³ Faderen kom fra den farvede lavere middelklasse, moderens familie havde lysere hud og tilhørte den engelsk- og plantageorienterede sorte fraktion, der identificerede sig med kolonimagten. Hall var selv den sorteste i familien. Hall, 1996, s. 488.

⁷⁴ Diaspora betyder ufrivillig folkeforflytning, som f.eks. foregik med slavehandlerne fra det afrikanske kontinent til det amerikanske i 1500 – 1800-tallet.

*sense of exile and loss, close enough to understand the enigma of an always-postponed 'arrival'*⁷⁵.

Halls og Gramsci's videnskab har været drevet af ønsket om at tale de underprivilegeredes sag. For Halls vedkommende var de etniske minoriteters vilkår i fokus, og for Gramsci gjaldt det de italienske arbejderes kamp om mad på bordet og tøj på kroppen i 1920-ernes Italien. Jeg er klar over, at sygeplejerskegruppen ikke hører til blandt de underprivilegerede i Danmark i dag sammenlignet med andre sociale grupper, hvorfor sygeplejerskers kamp om gode vilkår ikke tilnærmelsesvis ligner den eksistentielle kamp, som både Hall og Gramsci kæmpede. Jeg ser imidlertid, at der er lighedspunkter mellem Halls diasporaerfaringer, Gramscis begreb om den organisk intellektuelle og min egen situation som førhen praktiserende sygeplejerske nu på vej mod academia, som kan understrege den relation, jeg har til min undersøgelsesgenstand. Halls begreb om diasporaerfaringer skal jeg senere inddrage i analysen af sygeplejerskernes praktik i forbindelse med tværfagligt samarbejde.

2.5.2. Historisk blok som analyseramme

Kulturstudier må ifølge Hall forstås i en dynamisk, historiske analyseramme, "periodization" eller "historisk blok", som han også har hentet inspiration fra hos Gramsci.

Ved at undersøge relationer og ustabile balancer i en historisk blok fremanalyseres de tendentielle kræfter i en bestemt historisk periode. Analyserne må altid skelne mellem organiske bevægelser (de relativt permanente) og de bevægelser, som Gramsci kalder konjunkturprægede, og som fremtræder som umiddelbare og næsten accidentale⁷⁶. Selvom konjunkturfænomenerne også er afhængige af organiske bevægelser, er deres betydning ikke af stor historisk rækkevidde. Her fremstilles de umiddelbare årsager som de eneste, der har effekt. De grundlæggende relationer forsvinder ikke ud af kampterrænet, mener Gramsci. Studier af en eller flere historiske blokke kan fremanalysere de tendentielle kræfter, som er det centrale. Ved at studere intervallerne, kan relationerne rekonstrueres; de tendentielle kræfter indfanges af hegemonibegrebet⁷⁷.

Hegemoni konstitueres ved processen, hvor de dominerende grupper koordinerer interesser med de generelle interesser hos andre grupper og hele statens liv⁷⁸. Det, der leder en

⁷⁵ Hall, 1996, s. 490.

⁷⁶ Gramsci, I: Nielsen, 1972, s. 158 – 159, Gramsci, I: Sørensen, 1991, s. 264.

⁷⁷ Hall, 1996, s. 422 – 423. Gramsci, I: Nielsen, 1972, s. 106 – 107.

⁷⁸ Hall, 1996, s. 423.

hegemoniperiode, er ikke den herskende klasse, men en historisk blok. Hver hegemonisk formation vil således have sin egen specifikke, sociale komposition og konfiguration, uden at der dermed er ændret på relationen mellem de dominerede og de dominerende⁷⁹.

Gramscis skelnen mellem konjunkturprægede og organiske bevægelser har inspireret mig til at analysere den historiske blok, hvor sygeplejefaget konstituerede sig som en hjælpedisciplin til lægefaget. Ved at fremanalysere de tendentielle kræfter dengang får jeg mulighed for at vurdere, om de institutionelle forandringer, hospitalet har undergået siden dengang, har ændret på relationen mellem dominerende og dominerede.

2.5.3. Halls teori og metode om *artikulation*

I Halls kulturstudier er **artikulation** central. Artikulation refererer til ”....*the complex set of historical practices by which we struggle to produce identity or structural unity out of, on top of complexity, difference, contradiction*”⁸⁰. Artikulation som kulturelt udtryk arbejder på forskellige niveauer:

- det epistemologiske niveau
- det politiske
- det strategiske⁸¹.

På det epistemologiske niveau er artikulation en måde at tænke strukturer som et spil af korrespondens > < ikke-korrespondens og modsætninger, som fragmenter i konstitueringen af, hvad vi anser for at være enheder. Artikulation fremanalysere andre muligheder, andre måder at teoretisere elementerne i en social formation på. Relationerne, som konstituerer den sociale formation, er ikke kun som en relation af korrespondens (som reduktion eller essentialisme) men også som en relation af non-korrespondens og modsigelse, hvor relationerne dominans og underordning konstitueres⁸². Artikulation indgår således i en kamp af nødvendighed, kamp om at producere dominans-strukturer og i en kamp om at modstå dominans. Det er her Hall indtænker, at der på det kulturelle niveau er nogle frigørende kræfter.

Den politiske dimension består i at sætte spillet om magten i forgrunden, som følger med relationer af dominans og underordning, og den strategiske dimension består i, at artikulation

⁷⁹ Slack, 1996, s. 118.

⁸⁰ Grossberg, 1996, s. 154.

⁸¹ Slack, 1996, s. 112.

⁸² Grossberg, 1996, s. 156, Slack, 1996, s. 117.

som analysemetode skaber en mekanisme, som former intervention indenfor en speciel social formation, fordi den sociale formation bliver sat på begreb ud fra en skiftende epistemologisk position, som forskeren selv kæmper ud fra.⁸³ At arbejde med teorien om artikulation har et dobbelt projekt af korrespondens > < ikke korrespondens. Dels i form af et formelt konceptuelt arbejdsredskab, dels i form af at teorien må udfordres og revideres.

Hall bekender sig ikke til én metodisk tilgang. Han leder efter det bedste og mest brugbare, som principielt kan tages fra en anden og ofte modsat intellektuel position, som han arbejder videre med. Som han selv udtrykker det: *"I'm not interested in Theory, I am interested in going on theorizing...in the postmodern context"*⁸⁴. Postmodernismens fremhævelse af pluralisme med en radikal frihedsdyrkelse ophæver principielt alle former for hierarki, og det er netop Halls væsentligste anke mod postmodernisme som begribelsesform. Hall anerkender det omskiftelige og partikulære jævnfør ovenstående om artikulation, hvor relationen mellem elementer i handling og sprog ikke alene konstitueres som en relation af korrespondens men også som ikke-korrespondens og modsigelse. Men Hall har indvendinger, når det gælder den ruptur/afrivning med fortiden, som postmodernismen foreslår som begyndelse til en helt ny epoke⁸⁵. Hall ser postmodernismen med pluralismen og betoningen af noget nyt, vi aldrig har set før, som en ny version *"of that historical amnesia characteristic of American culture – the tyranny of the New"*⁸⁶, hvilket han ser som et *"west-centric"* udtryk for, at vi alle drømmer om at være amerikanske. Med postmodernismen som én forenende betingelse sløres dominansstrukturer. Når modstandsformerne ikke fremanalyses, gives der heller ikke mulighed for politisk intervention, som er en vigtig dimension for Hall.

Toneangivende sygeplejersker indenfor fagforeningen har lanceret tværfagligt samarbejde sammen med opblødning af faggrænser på en måde, så der skabes en forventning hos sygeplejersker om noget nyt og bedre. På denne måde kan tværfagligt samarbejde ses som et

⁸³ Slack, 1996, s. 112-113.

⁸⁴ Hall i: Morley & Chen, 1996, s.19.

Postmodernisme-begrebet fremstilles ofte uklart og selvmodsigende, hvilket kan forklares af forskellene mellem modernismer, moderniteter og moderner, som begrebet sætter af fra (For uddybning se Sestoft, *"Ordet fanger: modernebegrebernes historier"*, KRITIK 136, 1998). I 1960-erne blev postmodernisme i USA brugt i betydningen 'efter modernismen' om specielt æstetiske felter. I 1980-erne skiftede det betydning til 'efter moderniteten' til historiefilosofiens felt, Sestoft, 1999, s. 1. Den franske filosof, Jean-Francois Lyotards bog *"Viden og det postmoderne samfund"* bragte for alvor 'det postmoderne' på den europæiske intellektuelle dagsorden, Pedersen, 1996, s. 437. Lyotards tese om at opløse 'de store fortællinger' var et forsøg på at slippe af med forestillingen om én stor fremskridtsorienteret udviklingslogik i historien og i stedet hellige sig de "små" ikke – sammenhængende historier, Sestoft, 1999, s.15.

⁸⁵ Hall, 1996, s. 133

⁸⁶ Ibid.

postmoderne udtryk, hvor de store fortællinger er forbi – her de klassiske fagopdelinger. Jeg vil nu med inspiration fra Halls eklektiske perspektiv udfolde de betydninger, der kan tænkes at ligge i toneangivende sygeplejerskers retorik. Hensigten er senere at inddrage disse betydninger i analysen af sygeplejerskens praktik med henblik på at diskutere, hvorvidt en diskurs kan være bestemmende for en praktik.

2.6. Halls eklektiske perspektiv som inspiration til at forstå toneangivende sygeplejerskers retorik om tværfagligt samarbejde. Ekskurs til Anthony Giddens og Zygmunt Bauman

I indledningen inddrog jeg Løchens metafor om fag som erobrede landområder eller territorier. Når opblødning af faggrænser lanceres som noget 'helt nyt' og dermed antyder noget bedre, vil jeg i det følgende argumentere for, at omtalte retorik trækker på en positiv værdisætning for det første af det nye og for det andet af opblødning af nationale landegrænser. Men hvad er det nye? I dag synes der at være en fælles opfattelse af en ny samfundsformation, en sund fornuft eller i Bourdieusk forstand *doxa*, der tages for givet af alle⁸⁷, hvor det moderne samfund er karakteriseret ved en dynamisk foranderlighed, hvor ny viden hurtigt forældes. Denne form for doxa ses f.eks. også i en rapport om fremtidens sygeplejerskeuddannelse, hvor der refereres til en samfundsudvikling, "*hvor viden hurtigt forældes, hvilket stiller krav om nytænkning og omstilling*". I denne sammenhæng peges der på, at "*tværfaglighed er et nøgleord i udviklingen*"⁸⁸. Den engelske sociolog, Anthony Giddens⁸⁹, har analyseret det, han kalder det senmoderne, som indfanger disse træk.

2.6.1. Kendetegn ved det senmoderne samfund i følge Giddens

Ifølge Giddens adskiller moderne institutioner sig i dag fra tidligere former for social orden ved deres dynamik, graden hvormed de underminerer traditionelle vaner og skikke samt deres globale påvirkning. Den forvandling, som moderne institutioner fører med sig, fletter sig

⁸⁷ Bourdieu, 1997, s. 137.

⁸⁸ Rektorforsamlingen for sygeplejerskeuddannelsen, "*Fremtidens sygeplejerskeuddannelse*", 1999, s. 19.

⁸⁹ Giddens har været / (er ?) medlem af den engelske premiereminister, Tony Blairs tænketank. I begyndelsen af 70-erne og frem til 80-erne udviklede Giddens en såkaldt strukturationsteori, som et bud på at overskride den klassiske aktør-struktur-dualisme. Han mente, at samfundet skal anskues som en strukturationsproces, hvor menneskets handlinger på samme tid strukturerer og er struktureret af samfundet. I forlængelse heraf har han udviklet en sociologisk analyse af det senmoderne samfund.

direkte ind i individets tilværelse og dermed i selvet⁹⁰.

Giddens forklarer modernitetens ekstreme dynamik med tre forhold, der hænger indbyrdes sammen:

- Adskillelse af tid og rum
- Udlejningsmekanismer
- Moderne refleksivitet.

Det, at socialt liv kan foregå uden, at mennesker fysisk er til stede på samme tid og sted, betyder, at adskillelsen tilvejebringer muligheder for, at sociale aktiviteter kan rekombineres på nye måder. De sociale aktiviteter løftes så at sige ud af lokale sammenhænge og reartikuleres på tværs af tid og rum. Refleksiviteten kommer op på baggrund af den hastighed, hvormed tingene forandres. Ny viden forældes hurtigt, det forhold indprentes i agenten, som ifølge Giddens udvikler en høj grad af refleksivitet⁹¹. En sådan forestilling om mennesket, som uafhængigt af sociale vilkår besidder en refleksivitet, ligger langt fra Bourdieus og Halls syn på mennesket og dermed også den tilgang, jeg har til den empiriske undersøgelse.

2.6.2. Globalisering som stratifikationsmekanisme ifølge Bauman

Et af Giddens' træk ved modernitetens ekstreme dynamik, nemlig adskillelse af tid og rum, er et træk ved globaliseringen, hvis menneskelige konsekvenser jeg i det følgende vil analysere med Bauman⁹². Ifølge Bauman er det ikke længere arbejdet, der er integrationsmekanismen i det postmoderne samfund men derimod forbrug som *"forførende og privatiseret forbrugsfrihed"*⁹³. Som begreb for den postmoderne samfundshelhed taler Bauman om *habitat* (opholdssted), der henviser til den samlede livssammenhæng, hvori handlinger og betydninger er mulige. Pointen med habitat-begrebet er at henvise til en postmoderne samfundshelhed i en åben og ikke-deterministisk forstand. De tilstande, habitat antager, er uden nødvendighed eller med det postmoderne udtryk: *kontingente*. For hver enkelt agent er habitat derfor et kaotisk og tvetydigt sted at være og handle ud fra. Her ligger Bauman på linie med Giddens. Men Bauman påpeger, at det er de mest frie og magtfulde aktører, der bedst kan håndtere det kaotiske habitat, så deres ønsker opfyldes. Dette perspektiv

⁹⁰ Giddens, 1996, s. 9.

⁹¹ Ibid., s. 29 – 30.

⁹² Bauman (se i øvrigt fodnote 12) har udviklet en postmodernitetsteori i 1992, som ser postmodernitet som et socialt vilkår, hvad angår integration, identitet og fællesskab. I 1998 udfolder han de menneskelige konsekvenser af globaliseringen.

⁹³ Pedersen, 1996, s. 447.

udfolder Bauman i bogen *"Globalisering – de menneskelige konsekvenser"* fra 1998. Her siger han, at den norm, de vestlige lande opstiller for sine medlemmer, er evnen og villigheden til at spille rollen som forbruger. Mennesket er en forbruger, som er dømt til at være i bevægelse, dømt til et liv fuld af valgmuligheder, men netop evnen til mobilitet bliver den stratifikationsfaktor, der afgør, om mennesket kommer til at høre til den privilegerede eller den underprivilegerede del af verdensbefolkningen⁹⁴. For at illustrere de ulige vilkår bruger Bauman metaforerne *turister og vagabonder*. Turisterne er medlemmer af den internationale kulturelite, kapital-eliten eller kommunikationseliten. De føler sig hjemme, hvor de end rejser hen, og de har midlerne til at rejse. Vagabonderne er i forbrugersamfundet blevet overflødige. De har ikke midlerne til at forbruge med, og hvis de overhovedet har mulighed for at rejse, bliver de ofte set ned på, når de ankommer til bestemmelsesstedet, og hvis uheldet er ude, bliver de arresteret og straks deporteret⁹⁵. Det der i dag hilses velkommen som globalisering er indrettet på turistens drømme og ønsker. Global mobilitet kobles således til social mobilitet.

Ifølge Bauman har turisten brug for vagabonderne. For en stor del af turisterne er der ingen indbygget forsikring mod at glide over i vagabondering. Derfor er vagabonden turistens værste mareridt, turistens indre dæmon, som dagligt må uddrives. Synet af vagabonden får turisten til at gyse – ikke på grund af, hvad vagabonden er, men på grund af det, turisten kan blive til. Turistens liv ville ikke være det samme uden vagabonden til at vise, hvordan alternativet til hans liv ville være⁹⁶.

Med denne eklektiske ekskurs vil jeg argumentere for, at den måde toneangivende sygeplejersker lancerer tværfagligt samarbejde og opblødning af faggrænser på har medvind fra forestillingen om det senmoderne samfund, som den nye samfundsorden en moderne (i betydningen up-dateret) sygeplejersken bør orientere sig efter. Lige i forlængelse af denne samfundsorden ligger globaliseringen, der med sin positive værdiladning forstærker troen på, at det er værd at tilhøre gruppen af turister, hvorfor det også bliver naturligt og værd at arbejde for tværfagligt samarbejde og opblødning af faggrænser. Samtidig bidrager frygten for at blive vagabond og dermed tilhøre den laveste klasse af verdensborgere til at holde orienteringen mod tværfagligt samarbejde. Med italesættelsen af tværfagligt samarbejde som

⁹⁴ Bauman, 1998, s. 84.

⁹⁵ Bauman, 1996, s. 86.

⁹⁶ Bauman, 1998, s. 92 – 95.

noget helt nyt – ligesom den attråværdige helt nye globale samfundsorden, antydes det, at den enkelte sygeplejerske gives mulighed for at lægge sig i turist-klassen (i Bauman'sk betydning).

Set i et professionsstrategisk perspektiv giver det mening at lægge sig i slipstrømmen på disse positive konnotationer. Men hvis "det nyes tyranni" samtidig lægger op til en ruptur med fortiden, rejser det spørgsmålet om, hvad det er for et historisk hukommelsestab, toneangivende sygeplejersker kan tænkes at ville påføre sig selv ?

For at besvare det spørgsmål vil jeg bevæge mig tilbage mod den Bourdieu-inspirerede arbejdsmetode. Men først vil jeg gøre status.

2.7. Opsummering af det analytiske apparat jeg går til empirien med

Jeg har i det forrige fremstillet nogle af de elementer fra henholdsvis Bourdieus og Halls tænkning, som er bestemmende for den måde, jeg ser min undersøgelsesgenstand på og den måde, jeg går til værks på, når jeg undersøger sygeplejerskens praktik i forbindelse med tværfagligt samarbejde. Jeg er overvejende inspireret af Bourdieus metodiske tilgang omkring brudtænkning og objektkonstruktion, hvor jeg medtænker feltets dynamik i konstruktionen af sygeplejerskens praktik i forbindelse med tværfagligt samarbejde. Men når jeg har fundet det vigtigt at komplementere med Halls postmarxistiske og poststrukturalistiske position er det udfra følgende begrundelser:

- min subjektive oplevelse af at kunne bekende kulør med hensyn til mit engagement i sygeplejerskers sag (følelsen af 'selv at have sagt det' uden at min relation skal fremanalyses som en miskendt side af min forskningspraktik)
- en 'vaccination' mod historisk hukommelsessvigt samtidig med muligheden for at inddrage sygeplejerskers ændringspotentiale i en struktur af domineret og dominerende i analysen af sygeplejerskens praktik

På baggrund af ovenstående ser jeg på min undersøgelsesgenstand, sygeplejerskens tværfaglige samarbejde i erhvervsudøvelsen, på følgende måde:

- En samarbejdsrelation har en miskendt side, der afspejler en social kamp mellem sygeplejersken og hendes tværfaglige samarbejdspartnere, hvor agenterne til stadighed kæmper om magt og indflydelse.

- Sygeplejersken og hendes tværfaglige samarbejdspartnere er underlagt en historisk betinget social og institutionel tvang, og deres strategier varierer med den sociale position, de indtager på hospitalet.
- Sygeplejerskens praktik i forbindelse med tværfagligt samarbejde korresponderer med de institutionelle og sociale strukturer, men indeholder også elementer af modstand mod hegemoniske formationer.
- Samfundsmæssige udviklingstendenser og nye sociale konfigurationer ændrer ikke på relationen mellem domineret og dominerende. Sociale kræfter i en bestemt historisk periode må derfor analyseres med henblik på en vurdering af, om der er tale om konjunkturprægede eller relativt permanente bevægelser.
- Idéer - såsom tværfagligt samarbejde - opstår af og medreflekterer de materielle og sociale betingelser i hvilke, de er genereret, men det er ikke idéerne, der skaber historien.

Problemet med at arbejde med brudtænkning og objektkonstruktioner er ifølge Bourdieu, at logikken i præsentationen ikke følger logikken i undersøgelsen. Bourdieu siger det på denne måde: *"Den måde et videnskabeligt projekt præsenteres på, er nøjagtig den modsatte af logikken omkring arbejdet med at konstruere den"*⁹⁷. Når jeg har iagttaget sygeplejerskers praktikker omkring tværfagligt samarbejde, har jeg for at forstå og forklare disse praktikker rekonstrueret sygeplejerskens primære erfaringer med de sociale og institutionelle strukturerer. Men for at læseren kan forstå disse objektive vilkår for praktik, som sygeplejersken og hendes tværfaglige samarbejdspartnere er underlagt, følger nu et kapitel, jeg kalder en forkonstruktion af hospitalsfeltet⁹⁸.

⁹⁷ Bourdieu, 1998, s. 119.

⁹⁸ Forkonstruktion for at understrege at konstruktionsarbejdet ikke er gjort én gang for alle men foregår som små korrektioner i hele forskningsprocessen jævnt over ovenstående. Her er jeg inspireret af Larsen, 1999.

3. BRUDSTYKKER TIL EN FORKONSTRUKTION AF HOSPITALSFELTET

Med inspiration fra Hall tegner jeg konturerne af en historisk blok, nærmere betegnet i perioden omkring det tidspunkt, hvor sygeplejefaget konstituerede sig ved at fremanalysere de tendentielle kræfter mellem fagpersonerne lægen og sygeplejersken på hospitalet dengang. Herefter inddrager jeg nogle empiriske analyser af sygehussektorens udvikling og analyser af velfærdsstatens ekspansion og krise for at konstruere dele af hospitalsfeltet af i dag. Der er således ikke tale om 'rene', objektive beskrivelser af fysiske elementer, der kan observeres, måles og kortlægges, sådan som Bourdieu anbefaler i den første fase af sin sociologiske metode, selvom disse elementer indgår. Ej heller er der tale om komparative analyser af de to historiske blokke.

I første omgang skal afsnittene tjene som brudstykker til konstruktion af den egentlige undersøgelsesgenstand: sygeplejerskens praktik i relation til tværfagligt samarbejde på hospitalet. Jeg fokuserer på såvel feltinterne som felteksterne forhold på makroniveau, som jeg vil argumentere for, at sygeplejersken bærer med sig ind i sin nutidige erhvervsudøvelse⁹⁹. Den enkelte agents livshistoriske livsbane vil ikke blive undersøgt. Her fremanalyseres dele af et system af dispositioner og ikke enkeltstående, strukturelle varianter af en faggruppe. I anden omgang skal afsnittene give mig baggrund for at afprøve empirisk, om nye konfigurationer af institutionelle vilkår på hospitalet i dag er udtryk for konjunkturprægede bevægelser, eller om der er tale om organiske bevægelser, der ikke forrykker sygeplejerskens position. Eller sagt på en anden måde: giver det forandrede hospital af i dag anledning til, at der kan sættes en parentes om de historisk bestemte dominansstrukturer?

Og før jeg går i gang :

*"Der består altid en relation mellem forskerens egen situation og den fortid, han udforsker. Det personlige engagement kan derfor blive så kraftigt, at det influerer på forskningsresultatet ligegyldigt hvilken periode, der er tale om"*¹⁰⁰.

Med dette citat fra en anden kant vil jeg minde om, at mine brudstykker ikke er vilkårligt valgte jævnfør min begrundelse for at inddrage Halls perspektiv.

⁹⁹ Jeg benytter mig af historiske, empiriske analyser, hvor jeg også inddrager forfattere, der har arbejdet Bourdieu-inspireret med sygepleje og medicin: Larsen, 1999, Eriksen, 1992 og 2001, Petersen, 1997/98, Glasdam, 2001, Steenholt, 2001.

¹⁰⁰ H.P.Clausen (tidligere professor i historie og medlem af folketinget), Clausen, 1963, s. 50.

3.1. Sygeplejefagets opkomst

Det industrielle gennembrud i Danmark fandt for alvor sted omkring 1880 – 1900, hvor samfundsstrukturene forandredes gennemgribende. Det gjaldt f.eks. køns- og klassestrukturene, produktionsmåderne og det stadigt mere udbyggede statsapparat¹⁰¹. F.eks. bevirkede andelsbevægelsen, at småborgerskabet blev en større samfundsmæssig faktor, ligesom et egentligt mellemlag så småt opstod. I samme periode fik pigerne flere muligheder for offentlig skolegang og adgang til forskellige uddannelser. Disse udviklingstræk skal ses i sammenhæng med familiernes ændring, vandringer fra land til by og et stort kvindeoverskud (på grund af flere krige), men skal også forstås i lyset af kvindeemancipationens og demokratiseringens forløb¹⁰².

Med industrialiseringen voksede et behov for mere arbejdskraft og for en ny type arbejdskraft. Produktionen blev nu for alvor adskilt fra familierne. Erhvervsstrukturen blev mere differentieret, og flere nye erhverv opstod i skolevæsenet, i sygehusvæsenet og i de offentlige og private kontorer. Den samfundsmæssige arbejdsdeling gjorde, at disse erhverv blev mulige for de uforsørgede kvinder fra småborgerskabet, mellemlaget og fra borgerskabet.

Sygepleje forstået som omsorg og ansvarlighed for de svage og hjælpeløse havde tilbage i historien været varetaget af familierne og i særdeleshed kvinderne. Med oprettelsen af det første egentlige civile sygehus i 1756, Det Kongelige Frederiks Hospital i København, startede en institutionalisering af behandling af syge. De naturvidenskabelige landvindinger bevirkede, at lægerne begyndte at få bedre resultater med behandling, og de fik brug for uddannede hjælpere i dette arbejde. De uforsørgede kvinder fik derved en mulighed for at ernære sig ved et velagtet, anseeligt erhverv, hvor de viktorianske kvindeidealer blev bevaret i højsædet¹⁰³. Den første egentlige sygeplejerskeuddannelse i Danmark blev på foranledning af lægerne etableret på Københavns Kommunehospital i 1876. Sygeplejefaget blev således konstitueret og kontrolleret af lægerne som en hjælpedisciplin og ikke som et selvstændigt fag. Herved blev sygeplejerskerne hierarkisk underlagt lægerne og mistede selvbestemmelsen på et område, der tidligere var et kvindeanliggende¹⁰⁴.

¹⁰¹ Eriksen (med reference til Dybdahl) 2001, s. 267.

¹⁰² Possing, 1992, s. 406 – 407. Birgitte Possing, historiker. Henvisningen gælder B.P's doktordisputats om Nathalie Zahle.

¹⁰³ Glasdam, 2001, s. 606. Possing, 1992, s. 405 – 407.

¹⁰⁴ Lyngaa, 1995, s. 30 – 31. Stenholdt, 2001, s. 621 – 622.

3.1.1. Sygeplejefagets position i hospitalsfeltet.

En vis autonomi afløstes af en utvetydig underordning. Sygepleje var ikke men blev en hjælpedisciplin til den lægefaglige virksomhed. Plejen og omsorgen gik fra hjemmet og dermed fra det kvindelige domæne til hospitalsinstitutionerne (dvs. til det sted, hvor lederen var specialist og som regel en mand). Pleje og omsorg forskubbede sit fokus fra børn, ældre og handicappede hjemme, dvs. de ikke-produktive i eget hjem, til voksne, dvs. de produktive, som midlertidigt blev 'sat ud af spillet', og som først og fremmest krævede behandling og periodisk pleje¹⁰⁵.

De lægevidenskabelige landvindinger var naturvidenskabeligt funderet og som sådan udviklet på baggrund af det positivistiske videnskabsideal. Den rationelle naturvidenskabelige fornuft, styrede (og styrer) den medicinske forskning og udvikling af lægens diagnose- og behandlingsredskab – et redskab, der var afgørende for indsatsen overfor patienten, hvorfor lægens kundskab placerede sig i toppen af hierarkiet. Den traditionelle pleje og omsorgs vidensform var i høj grad overført via kropslige erfaringer. De kundskaber, kvinderne i begyndelsen benyttede i deres arbejde som sygeplejersker, var stort set de samme, som de havde benyttet i hjemmene. Sygeplejerskerne var i uddannelsesmæssig forstand autodidakte, mens lægerne havde universitetsuddannelse og traditionelt tilhørte de øverste sociale klasser, hvilket ikke var tilfældet for sygeplejerskerne¹⁰⁶.

De gode resultater af den medicinske behandling blev tilskrevet lægernes høje uddannelsesniveau og deres magt over naturen. Resultaterne af lægernes behandling var synlige. Omsorgs- og plejaspektet var velkendt som en almen kvindelig kompetence. Det var (og er) usynligt, og bliver først synligt, hvis omsorgen svigter, eller der begås faglige fejl.

Med Nightingale i slutningen af 1800-tallet og indtoget af overklassekvinder i faget gik bestræbelserne om højere social status til faget gennem en stadig større orientering mod den autoriserede medicin og dens model: professionalisering og videnskabeliggørelsesbestræbelser¹⁰⁷. Flere af dansk sygeplejes pionerer lod sig uddanne i USA, eksempelvis Charlotte Munck som i 1913 blev den første forstander indenfor sygeplejen, Christiane Reiman som blev ansat som første instruktionssygeplejerske i 1921 og Margrethe Koch (uddannet i 1900 i New York), som var toneangivende indenfor

¹⁰⁵ Petersen, 1997, s. 16.

¹⁰⁶ Lyngaa, 1992, s. 31.

¹⁰⁷ Larsen, 1999, s. 63.

uddannelsesdiskussionen og som senere blev formand for Dansk Sygeplejeråd¹⁰⁸. USA knyttede tidligt sygeplejeuddannelsen til de etablerede universiteter og ansås dengang for at være foregangsland m.h.t. sygeplejerskeuddannelse ikke mindst p.g.a. den høje grad af frihed og selvstændighed, kvinderne angiveligt nød.

3.1.2. Opsummering

Med ovenstående fremstilling har jeg villet tegne konturerne af sygeplejens position i hospitalsfeltet, som det så ud på den tid, da sygeplejefaget konstituerede sig. Positionen skal forstås relationelt dvs. knyttet til et sæt af sociale aktiviteter eller goder gennem en homolog relation. Sygeplejepositionen formidledes gennem homologierne

mand > < kvinde,

overklasse > < heterogen mellemklasse,

institution > < hjemmet,

behandling > < pleje og omsorg,

produktiv sfære > < reproduktiv sfære

eksplicit, abstrakt, teoretisk viden/positivistisk videnskabsideal > < kropslig, praktisk og personbunden viden,

synlighed > < usynlighed,

universitetsuddannelse > < autodidakt.

Demokratiserings- og kvindeemancipatoriske strømninger var med til anspore datidens kvinder til at orientere sig væk fra det hjemlige patriarkat mod den moderne produktionssfære, væk fra de usynlige gøremål mod de synlige, moderne naturvidenskabelige landvindinger. I denne historiske blok fandtes begrebet tværfagligt samarbejde sandsynligvis ikke. Men i relationen sygeplejerske – læge var relationen asymmetrisk i lægens favør. Afgørende var en i agenternes kroppe indlejret konsensus om, hvad der var den gangbare kapital såvel indenfor som udenfor hospitalet som felt.

I dag kan hospitalet siges at være en af velfærdsstatens institutioner indenfor den reproduktive sfære på trods af, at hospitalet efterhånden hyppigere omtales som en produktionsvirksomhed¹⁰⁹.

¹⁰⁸ Gøtzsche & Nygaard, 1993, s. 151 – 152, Stenfelt, 2001, s. 618 – 619.

¹⁰⁹ Hvor menneskets fysiske overlevelse sikres gennem produktion, sikres dets kulturelle overlevelse gennem reproduktion, Hastrup og Ovesen, 1999, s. 16 – 18.

3.2. Velfærdsstatens ekspansion og krise som et strukturelt vilkår for sygeplejersken og hendes tværfaglige samarbejdspartnere

I europæisk udvikling efter 1945 kan velfærdsstaten ses som et strukturelt træk ved det moderne vestlige samfund i tæt sammenhæng med videnskabelighed, rationalitet, bureaukratisering og professionalisering. Velfærdsstatsforskningen har i de seneste år taget et gevaldigt opsving. Der er blevet startet et utal af forskningsprojekter i de fleste europæiske lande, og velfærdsstaten er blevet undersøgt ud fra en række perspektiver, hvor strukturer og aktører spiller forskellige roller¹¹⁰. De to mest centrale træk ved udviklingen af velfærdsstaten efter 1945 knytter sig til velfærdsstatens ekspansion og diskussionen om velfærdsstatens krise.

Velfærdsstaten blev i efterkrigstidens Danmark udtryk for en samfundsindretning, som både omfatter sociale tryghedsordninger og offentlig service samt en økonomisk politik byggende på en statslig makroregulering og vækst. Overordnet drejer det sig om en samfundsrationalitet præget af troen på planlægningens muligheder. Blandt velfærdsstatsforskere synes der at være enighed om, at professionsgrupper med høje uddannelser og særlig viden har fået en central placering og høj status i det moderne samfund¹¹¹. Udviklingen af det danske velfærdssamfund og dets legitimitet bygger i høj grad på en accept af ekspertviden som grundlag for et godt liv. Det kommer bl.a. til udtryk i den offentlige sektor, som er kendetegnet ved en specialisering, hvor bestemte faggrupper varetager hver deres område. Eftersom de udgør en voksende del af vælgerskaren, og som sådan virker tilbage på de politiske beslutningstagere, er velfærdsstaten med til at øge antallet af professioner og styrke deres position.

Velfærdsstatens opbygning og ekspansion knyttes sammen med den økonomiske vækst frem til 1960-erne. Det var i høj grad de økonomiske vilkår, der gjorde ekspansionen mulig, selvom økonomien ikke var eneste forklaring¹¹².

3.2.1. Sygehussektorens ekspansion

Den offentlige sektor ekspanderede som nævnt voldsomt i efterkrigstiden, hvilket i særdeleshed gjorde sig gældende for sygehussektoren¹¹³. Til trods for ekspansionen faldt

¹¹⁰ Klaus Petersen, 1997, s. 356.

¹¹¹ Ibid., s. 359.

¹¹² Ibid., s. 361.

antallet af hospitaler i Danmark i perioden 1927 – 1987 fra 167 til 71. Til gengæld er hospitalerne blevet betydeligt større med en større grad af specialisering og en voksende arbejdsdeling, hvor patienterne er indlagt i kortere tid. Der 'produceres' i dag flere og flere behandlinger, og nye medicinske specialer og ekspertområder vokser i takt hermed. I 2000 er antallet af medicinske specialer opgjort til 25 grundspecialer og 17 grenspecialer – i alt 42 specialer, hvortil kommer en række uformelle subspecialer og interesse- og ekspertområder¹¹⁴.

I perioden 1930–1987 faldt den gennemsnitlige liggetid fra 30 dage til en uge i 1987¹¹⁵. I sundhedsministeriets seneste tal fra 2002 opgøres liggetiden på specialeblokke (også her slår specialiseringen igennem). For patienter indlagt på specialafdelinger i den kirurgiske blok, (som den kirurgiske klinik, jeg har foretaget mine observationsstudier på, hører ind under) er liggetiden opgjort til gennemsnitlig 4,3 dage. Samtidig med det store fald i liggetiden voksede antallet af indlæggelser i perioden 1937 – 1987 med 135 % per 1000 indbyggere. Indenfor de sidste 10 år er den ambulante aktivitet øget betydeligt. Den nye teknologiske udvikling har muliggjort nye former for bedøvelse og operationsteknik, hvilket igen betyder, at der kan udføres flere undersøgelser, operationer og behandlinger¹¹⁶.

Antallet af ansatte på sygehusene er i perioden 1936 – 1987 vokset mere end både indlæggelser og sygedage¹¹⁷. Før 1960 gjaldt det læger og sygeplejersker, der dengang var de eneste, der blev registreret. Siden er en række nye faggrupper kommet til, bl.a. lægesekretærer laboranter (nu kaldet bioanalytikere), fysio- og ergoterapeuter sygehjælpere, radiografer og i social- og sundhedsassistenter. I Sundhedsstyrelsens sygehus-statistik fra 1987 opererer man alene med 42 kategorier af faggrupper¹¹⁸. Antallet af både læger og sygeplejersker er steget betydeligt i perioden fra 1960 - 1987¹¹⁹. Fra 1980 – 1999 er beskæftigelsen af læger og sygeplejersker steget med 60 % . Til gengæld er antallet af andet plejepersonale faldet med 26 %.

¹¹³ De følgende opgørelser er baseret på Signild Vallgårdas doktordisputats om sygehuse og sygehuspolitik i Danmark 1930 – 1987. Vallgård, 1992. (Vallgård er cand. mag. i historie) samt Kristian Larsens analyse af disse, som han har inddraget i sin ph-d- afhandling om kendte og miskendte sider i praktikuddannelse, (Larsen, 1999). Endvidere supplerer jeg med nye tal fra Sundhedsministeriet / Indenrigs- og sundhedsministeriet

¹¹⁴ Sundhedsministeriet, 2000, Betænkning fra speciallægekommissionen, kapitel 7, s. 2.

¹¹⁵ Vallgård, 1992, s. 37, Larsen, 1999, s. 59 – 61. (Sundhedssektoren i tal – 2001 – 2002, s. 37).

¹¹⁶ Sundhedsministeriet, 2001, s. 32.

¹¹⁷ Vallgård, 1992, s. 67 – 68.

¹¹⁸ Derudover er en del opført som "andet personale", "ikke faguddannet" eller "øvrige med anden sundhedsfaglig uddannelse", Larsen, 1999, s. 63.

¹¹⁹ Vallgård, 1992, s. 69.

Arbejdet på sygehusene har således skiftet karakter i retning af mere undersøgelse og behandling og mindre pleje målt i sengedage. Hospitalerne er i dag kæmpe institutioner som fungerer gennem udpræget stordriftsvilkår med specialisering, arbejdsdeling, intensivering og forøget administration¹²⁰. Det fremgår af Vallgårdas arbejde, at antallet af administrative stillinger er steget med 248 % fra 1960 – 1987, hvor antallet af indlæggelser 'kun' er øget med 97 %¹²¹.

Som det ses, er der visse steder i tallene nogle slip mellem 1987, hvor Valgårdas undersøgelse sluttede og til i dag. Men de steder, hvor jeg har kunnet følge op på tallene, er tendensen den samme. Patientens legitime adgang til hospitalet er en lægeordineret undersøgelse og eller behandling, som der udbydes en mangfoldighed af på de store hospitaler. Mange faggrupper med højt differentierede kerneydelser er involveret i hospitalets produktionsvirksomhed. Det betyder, at mange forskellige arbejdsopgaver skal koordineres med mange forskellige involverede faggrupper.

Disse forvaltningsopgaver er blevet accentueret med de moderniseringsprocesser, der satte ind i begyndelsen af 1980-erne.

3.2.2. Moderniseringsprocesserne i den offentlige sektor – et svar på velfærdsstatens såkaldte krise

Ekspansionen i sygehussektoren tyngede selvsagt på udgiftssiden. Vallgård anfører, at der i årene 1964 – 75 var en stigning på 88,1 % alene i driftsomkostninger¹²². Sygehussektoren havde således udviklet sig til en ressourceforbrugende, bureaukratisk institution.

Op gennem 1970-erne og i starten af 80-erne formulerede såvel borgere som politikere en stigende kritik og utilfredshed med velfærdsstatens produkter. Nogle af kritikpunkterne gik på en bekymring for, hvorvidt den offentlige sektors betragtelige volumen og ressourceforbrug ville løbe løbsk¹²³. Fra brugersiden gik kritikken også på den manglende serviceorientering og den træge og konservative arbejdskultur¹²⁴. I samme periode var den økonomiske udvikling præget af aftagende økonomisk vækst, statsbudgettets voksende underskud og den høje

¹²⁰ Det hospital, jeg har foretaget mine feltobservationer på, er der i 2002 ansat 7000 medarbejdere ("Sygeplejersken" 21/2002, s. 53).

¹²¹ Vallgård, 1992, s. 71.

¹²² Valgård, 1992, s. 215.

¹²³ Andersen, 1999b, s. 30. Linda Andersen er lektor på RUC, ph.d, cand.mag i pædagogik. Hun har skrevet ph.d.afhandling om modernisering og læreprocesser i socialpædagogik og forvaltning.

¹²⁴ Andersen, 1999a, s. 113 – 114.

arbejdsløshed. Efterhånden udviklede kritikken sig til en konstatering af velfærdsstatens krise, og fra starten af 1980-erne kom velfærdsstaten for alvor i modvind.

Da den borgerlige regering kom til magten i Danmark i 1982, blev der sat et ideologisk moderniseringsprogram i gang, som blev videreført under den senere socialdemokratiske regering, og som må siges at være fortsat med en nyliberal accentuering efter sidste valg i november 2001.

Der var ikke tale om et egentligt masterprogram, men programmet har angiveligt været dagsordenssættende for det professionelle arbejde og organisationsudviklingen i mange offentlige institutioner¹²⁵. Moderniseringen handler om at reformere, effektivisere og demokratisere den offentlige sektor. Moderniseringens vokabularium rummer ord som økonomisk rammestyring, selvforvaltning, decentralisering, brugerindflydelse, afbureaukratisering, kvalitetsstyring, og bedre tværfagligt samarbejde og koordinering.

Moderniseringsprogrammet kan derfor ses som et politisk svar på en ikke-kontrollerbar mastodont, hvor tværfagligt samarbejde bliver et af våbnene i kampen om at tæmme kolossen.

3.3. Opsummering

Med de forrige afsnit har jeg villet sætte scenen for sygeplejerskens udøvelse af tværfagligt samarbejde. Analysen af den historiske blok i tiden omkring sygeplejefagets konstituering fungerer som en teoretisk konstruktion af en del af en sygeplejerskehabitus, som en slags tilstedeværelse af fortiden, hvormed sygeplejersken foregriber den aktuelle og fremtidige situation.

Sygeplejersker praktiserer i dag tværfagligt samarbejde indenfor rammerne af en stor hospitalsinstitution, som er produkt af, men også medproducent af velfærdsstaten. Hospitalet fungerer gennem udprægede stordriftsvilkår med specialisering, arbejdsdeling, krav om effektivisering og en forøget administration. Det rejser spørgsmålet om, hvordan disse makrostrukturer slår igennem konkret der, hvor jeg foretager mine feltobservationer? Hvilken betydning har det for sygeplejerskens praktik, at der er krav om effektivisering, og hvilken funktion har de mange forvaltningsopgaver, der åbenbart er skabt i kølvandet på specialiseringen og stigningen i antallet af forskellige faggrupper, sygeplejersken angiveligt samarbejder med? Har de nye udviklingstendenser givet anledning til en anderledes

¹²⁵ Andersen, 1999a, s. 114, Andersen, 1999b, s. 30.

positionering for sygeplejerskens vedkommende i hospitalsfeltet, eller er disse strukturer med til at reproducere de historisk og socialt bestemte magtstrukturer ?

For at besvare disse spørgsmål vil jeg nu vende mig mod min empiriske undersøgelse.

DEL II: DEN EMPIRISKE UNDERSØGELSE

4. METODE

Specialets spørgsmål søges besvaret ved hjælp af observation og interview. Når jeg nu dykker ned i en konkret empirisk realitet, må den betragtes som et øjebliksbillede på, hvordan tværfagligt samarbejde kan praktiseres med den konstellation af fagpersoner, under de institutionelle omstændigheder, som et eksempel på det mulige. Men min ambition er også at søge efter viden, som måske nok er midlertidig, men som alligevel overskrider grænserne for det øjeblik, hvor min indsamling af empiri fandt sted. Hvis ikke min undersøgelse rummede noget generelt ud over dokumentation af et lille øjeblik af verdenshistorien, ville det ikke give mening at udføre en undersøgelse efter videnskabelige principper, vil jeg mene.

For så vidt angår de konkrete metoder i den empiriske undersøgelse har jeg ladet mig inspirere af forskellige metoder indenfor rammen af observation og interview. Jeg har været inspireret af metoder udviklet i pædagogisk forskning, og jeg har især hentet inspiration fra den etnografiske litteratur og de metoder, som forskellige antropologiske studier har anvendt¹²⁶.

I antropologien gør det særlige sig gældende, at data ofte erkendes retrospektivt, hvoraf følger, at metode også gør det. Det er i høj grad feltets præmisser, der er styrende for de metoder, der er taget i anvendelse¹²⁷. Det har også gjort sig gældende i min undersøgelse, hvor mit arbejde med at observere og interviewe var sekundært for informanterne, hvor deres primære fokus var arbejdet med at pleje patienter, operere patienter, fordele arbejdsopgaver, deltage i møder og konferencer, gå stuegang, gå 'tilsyn' etc.

At have levende mennesker som sin undersøgelsesgenstand betyder også, at man er afhængig af, om informanterne overhovedet accepterer at lade sig definere som undersøgelsesobjekter, som det f.eks. var tilfældet, da jeg ikke kunne komme til at følge en læge i hans arbejde, fordi han ikke mente, jeg kunne få noget ud af det. Metoderne har derfor ikke alene været bevidste

¹²⁶ Hastrup definerer etnografi som folkebeskrivelse og antropologi som læren om mennesker, Hastrup, 1999, s. 14 – 16. Etnografi kan forstås som feltarbejdet, mens antropologi er det teoretiske analysearbejde, Ramløv, 1988, s. 29.

¹²⁷ Hasse, 1995, s. 60 + forord, Hastrup & Ramløv, 1989, s. 9.

valg men også valg, som blev mig til del af omgivelserne. Bourdieu har beskrevet forskningsprocessen som famlende, usikker og måske også selvmodsigende¹²⁸. Når jeg har haft den samme oplevelse, kan en del af forklaringen måske tilskrives dette vilkår.

Den følgende fremstilling af metoden er en efterrationalisering og systematisering, som har til hensigt at give læseren en rimelig chance for at følge mine metoder, fund og konklusioner. Refleksioner over egen rolle og relation til undersøgelsesgenstand samt de implikationer, det har fået for metoden, vil få et selvstændigt afsnit senere.

Metode i antropologien omtales som både at gå efter færtten, dvs. at indfange genstanden ved så at sige at liste i dens slørede spor og også at gå efter et mål ved direkte at bøje banen hen mod sigtets centrum¹²⁹.

Begrebet *bricolage* er dækkende for den måde, jeg har arbejdet på. *Bricolage* er beskrevet som at bevæge sig uregelmæssigt eller at foretage utilsigtede bevægelser¹³⁰. I mine studier har det f.eks. betydet, at jeg har afbrudt en observationsseance for at koncentrere mig om en pludselig opstået situation, hvor en sygeplejerske får et 'møgfald' af en narkoselæge, og at jeg nøje har overvejet tid og sted for at spørge ind til situationen uden at kompromittere sygeplejersken. Jeg har også anvendt *materiale-bricolage*, idet jeg har suppleret observationerne og interviewene med forskellige dokumenter såsom afdelingens introduktionsmateriale til nyt plejepersonale, hospitalets mål for 2002, vagtskemaer/arbejdsfordelingssedler for lægerne etc.

I første omgang var min tilgang eksplorativ og fænomenologisk på den måde, at jeg har taget informanternes oplevelser og konkrete handlinger for pålydende for i anden omgang at analysere disse i forhold til de mulighedsbetingelser, jeg dels har fremanalyseret i kapitel 3 dels iagttaget udfra de konkrete observationer.

4.1. Observation

¹²⁸ Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 200.

¹²⁹ Forordet til "Metode", Tidsskriftet Antropologi nr. 31, 1995.

¹³⁰ Lévi-Strauss, 1969 gengivet i Mørck, 1995, s. 122 – 123. Bricole betyder middelalderlig kastemaskine og må antages at have været upræcis og have ramt utilsigtet. Materiale-bricolage indebærer en eksperimenteren med forskellige tilgange til empirien. Det kan gøres ved at blande forskellige typer af kildemateriale, hvilket betyder, at informationer indhentet gennem traditionelle antropologiske metoder som deltagerobservation og det etnografiske interview suppleres med andre former for kilder. Yvonne Mørck har således været inspireret i sine studier af etnisk minoritetsungdom i London til at inddrage musik, skønlitteratur og andre kunstneriske udtryk som kilder.

"At betragte det dagligdags med forbløffelse er visdom"

(Lao Tzu Tao -Te- Ching, år 400 før vor tidsregning).

Observation er en metode, som i særdeleshed er udviklet indenfor antropologien til at undersøge kulturelle fænomener. Hastrup og Ramløv beskriver feltarbejdet¹³¹ som antropologiens redskabsskur og deltagerobservation som håndværket¹³². Med begrebet deltagerobservation fremhæver Hastrup og Ramløv, at metoden omfatter to adskilte erkendelsesprocesser. Deltagelsen indebærer indlevelse i det fremmede, hvorimod observationen forudsætter en distancering til det set foruden en registrering af en mængde faktuelle forhold¹³³. Men på hvilken måde deltager man som observatør? På hvilken måde kan forskeren som subjekt bevæge sig ind i andre subjekters univers uden på den ene side at "go native", hvilke vil sige at leve sig for intenst ind i agenternes selvforståelse¹³⁴ eller på den anden side at distancere sig på en overdreven objektiverende måde? I følge Georg Simmel¹³⁵ kan rollen som fremmed opfattes som en fordelagtig position for observatøren på feltarbejde. Som fremmed drager man fordel af en vekselvirkning mellem nærhed og distance, ligegyldighed og deltagelse. Som fremmed har man ifølge Simmel særlige muligheder for som observatør at forholde sig objektivt¹³⁶.

Qua min baggrund har jeg ikke haft mulighed for at indtage rollen som fuldstændig fremmed. Der har således været en risiko for, at jeg som forholdsvis "native" ikke kunne få øje på kulturelle træk, eftersom jeg ikke har været nok på afstand. På én eller anden måde måtte jeg altså bringe mig i en situation, hvor jeg forstyrrede min egen indforståethed. Bourdieus bud på det problem er, at forskeren på en og samme gang må studere både sit objekt og sin relation til dette. Han afstod fra at tale om deltagende observation, idet han ikke mente, det er muligt at deltage og objektivere sig på samme tid. I stedet talte han om "deltagende objektivering"¹³⁷, hvor forskellen i positioner mellem forsker og informanter må analyseres. I lighed med Hastrup og Ramløv er her altså tale om to adskilte erkendelsesprocesser.

¹³¹ Her skal felt ikke forstås i Bourdieusk forstand men som at være i 'marken' – (in the field) i 'felten', hvor det levede liv foregår.

¹³² Hastrup & Ramløv, 1988, s. 7.

¹³³ Ibid.

¹³⁴ Kristiansen og Krogstrup, 1999, s. 105.

¹³⁵ Simmel (1858 – 1918) tysk filosof, anses for en af de klassiske sociologer.

¹³⁶ Simmel. 1998, s. 97.

¹³⁷ Broady, 1991, s. 553- 554, Callewaert, 1998, s. 152.

Med rollen som observatør tildeles man retten til at tale om og hen over de umiddelbare indtryk, man får. Herved indbygges en hierarkisk relation mellem observatør og de observerede¹³⁸. I Bourdieusk forstand er der tale om symbolsk vold, eftersom forskeren har retten til at påføre sin definition af situationen som den rigtige¹³⁹. I relation til observation kan det betyde, at man udvælger visse observationsfoci og udelader andre. Under selve observationen mister man under en lang observationsseance ind i mellem koncentrationen og er måske mindre opmærksom, når der foregår ting, der ikke har ens interesse, hvorved der foregår en selektion. I forbindelse med observation sætter den symbolske vold sig igennem på en tavs måde i modsætning til f.eks. det kvalitative interview, hvor den symbolske vold virker ved eksplicit tale.

Den engelske antropolog, Roger Keesing, rammer problematikken på en mere præcis måde, hvor han diskuterer *den dobbelte voldtægt*¹⁴⁰. Her refererer den ene 'voldtægt' til den asymmetriske socio-kulturelle relation. Den anden 'voldtægt' er den vold, forskeren påfører sine informanter ved at forbeholde sig retten til at tolke henover informanternes subjektive forestillinger.

Kristiansen & Krogstrup identificerer faktorer som forskerens alder, køn og etnicitet, som har indflydelse på det, de kalder forskereffekten, hvormed de mener, at forskeren ved sin blotte tilstedeværelse påvirker informanterne som følge af, at de udforskes og er vidende om det¹⁴¹. Forskel i positioner mellem forsker og informant kan fremanalyseres ved at inddrage Kristiansen og Krogstrups variable, men forsker og informants indbyrdes socio-kulturelle forskelle må også analyseres.

I mine feltobservationer har jeg haft fokus på følgende forhold: Hvad folk siger, hvordan folk opfører sig, og hvilke artefakter folk omgiver sig med i udvalgte situationer¹⁴². Jeg lagde ud

¹³⁸ Hastrup, 1992, s. 67.

¹³⁹ Callewaert, 1998, s. 128 – 129. Bourdieu har særligt behandlet det problem i relation til interviewformen i værket *The Weight of the World*, 1999, hvor underprivilegerede grupper er interviewet om deres livsforløb. Her er asymmetrien mellem interviewer og informant særligt forstærket pga. deficit i informanternes kapitalformer (specielt kulturel kapital og uddannelseskapital). Jeg mener imidlertid, at den samme problematik gør sig gældende i relation til observation.

¹⁴⁰ Keesing har bl.a. forsket i den oprindelige Stillehavs-befolknings post-koloniale identitetsdiskurser, hvor han diskuterer den hvide antropologs rolle i mytedannelsen. Disse diskussioner medførte et skarpt indlæg fra en indfødt antropolog fra Hawaii, Trask, som mente at vide bedre om sit eget folk end den udefrakommende, hvide antropolog. Keesing, 1989, s. 28 – 31, Trask, 1989, s. 159 – 164. Her er det åbenbart særligt følsomt for den indfødte antropolog at blive talt hen over hovedet på af en hvid ditto.

¹⁴¹ Kristiansen & Krogstrup, 1999, s. 118 – 122.

¹⁴² Spradley, 1979, s. 8.

med deskriptive observationer, derefter observerede jeg fokuseret og til sidst selektivt¹⁴³. Jeg tog feltnotater simultant med de faktiske handlinger og fulgte således ikke rådet, som Kristiansen og Krogstrup videregiver fra Bailey om, at forskeren bør undgå at notere undervejs under samværet med feltets deltagere ud fra den begrundelse, at personerne kan føle sig overvåget og derfor måske ændrer adfærd¹⁴⁴. Jeg ønskede åbent at etablere en "note-taker-role"¹⁴⁵ for ikke at foregøgle hverken mig selv eller informanterne, at jeg kunne være usynlig og dermed uden betydning for, hvad der foregik.

Efter hver observationsdag genskrev jeg mine feltnotater dels for at kunne huske de konkrete situationer, dels for at kunne skærpe fokus til næste dag og revidere som en del af de løbende objektkonstruktioner. Ind imellem trak jeg mig tilbage til et ledigt kontor for at nedskrive hændelser, mens de var i frisk erindring.

I starten eksperimenterede jeg med at have en båndoptager kørende i forbindelse med observationerne samtidig med, at jeg skrev notater¹⁴⁶. Men jeg opgav båndoptageren for det første, fordi jeg alligevel ikke kunne få optaget al tale f.eks. på stuegang. Ved en rundgang til patienterne flytter folk sig fysisk og for at få optaget lyden, måtte jeg koncentrere mig om min egen fysiske placering, hvilket gik ud over koncentrationen på det, der skete i rummet.

For det andet opdagede jeg, at på trods af både skriftlig og mundtlig information, var ikke alle orienteret om min tilstedeværelse, inden de trådte ind i de konkrete situationer, som jeg observerede¹⁴⁷. Det betød, at nogle af informanterne blev både observeret og båndoptaget uden at vide det. Jeg havde forestillet mig, at jeg ved tidligt at vise mig med mikrofon og båndoptager og samtidig tage notater kunne etablere en varig 'note-taker-role' men jeg oplevede, at det var for grænseoverskridende at bære mikrofonen kontinuerligt og fik også et par kommentarer om det¹⁴⁸. Da jeg heller ikke selv var overbevist om værdien af teknikken, opgav jeg.

¹⁴³ Spradley, 1980, s. 34. Se bilag I

¹⁴⁴ Kristiansen & Krogstrup, 1999, s. 151.

¹⁴⁵ Emerson, Fretz & Shaw, 1995, s. 22.

¹⁴⁶ Inspireret af Larsen, 1999.

¹⁴⁷ På grund af ferie, fridage, afspadseringsdage, aften- og nattevagter, kursusdage, nyttilkomne 'udfald på linien', mangel på interesse for mit projekt var alle ikke orienterede om min tilstedeværelse, hvilket i første omgang kom lidt bag på mig, eftersom jeg selv syntes, mit ophold var frygteligt vigtigt... Den manglende information siger måske også noget om samarbejdskulturen i afdelingen: Man informerer ikke hinanden udenfor de af produktionen fastlagte strukturer.

¹⁴⁸ En sekretær sagde: "*Er det er pacemaker, du har dér?*" (pegede på ledningen tværs over uniformen). Jeg forklarede, hvordan jeg var blevet anbefalet (inspireret af Larsen, 1999) at optage sekvenser samtidig med notaterne, hvorpå hun svarede: "Uha, så er vi jo på hele tiden!"

Jeg indledte med en rundvisning i den kirurgiske klinik med afdelingssygeplejersken, hvor hensigten var, at hun skulle fortælle om de forskellige lokaliteter og aktiviteter i afdelingen. Idéen med en sådan Grand Tour er, at få informanterne til at tale frit, hvorved der fremkommer typiske træk ved den kulturelle scene, som senere kan gøres til genstand for nærmere undersøgelse¹⁴⁹.

Herefter observerede jeg sygeplejersken ved dels at følge hende og følge aktiviteten¹⁵⁰. Idéen var at se samarbejdsrelationerne med de tværfaglige samarbejdspartnere i en sammenhæng set fra sygeplejerskens perspektiv. Jeg fulgte 4 sygeplejersker på denne måde, den samme sygeplejerske fulgte jeg to dage i træk. Som observationerne skred frem, fandt jeg ud af, at navnlig læger og social- og sundhedsassistenter var to faggrupper, som sygeplejersken afgav og tog arbejdsopgaver fra. Derfor valgte jeg at følge to social- og sundhedsassistenter, og jeg havde mulighed for at følge to læger i deres aktiviteter som ovenfor beskrevet¹⁵¹. Derudover observerede jeg udvalgte situationer, hvor sygeplejersken indgik i en samarbejdsrelation med repræsentanter fra hver af de to faggrupper. Nogle dage tog jeg ophold på kontoret som udgangspunkt og fulgte sygeplejersker i samarbejdsrelationer, der opstod. Det var her bricolagen kom til udtryk. På samtlige observationsdage, som forløb over 3 uger med enkelte refleksionsdage ind imellem, var jeg med på en eller flere stuegange¹⁵².

I sygeplejerskens samarbejdsrelation med andre fagpersoner fokuserede jeg på en analyseenhed, som Corsaro kalder en interaktiv episode. En sådan basis analyseenhed indeholder informationer om deltagere, ”setting”, art og varighed (start- og sluttidspunkt). Ifølge Corsaro er en interaktiv periode *”..those sequences of behavior which begin with the acknowledged presence of two or more interactants in an ecological area and the overt attempt(s) to arrive at a shared meaning of on-going or emerging activity”*¹⁵³.

På et tidspunkt forsøgte jeg mig med et registreringsskema over sygeplejerskens aktiviteter, men det var ikke muligt for mig dels at afgrænse kategorierne, så de indfangede

¹⁴⁹ Spradley, 1979, s. 86 og s. 218

¹⁵⁰ Inspireret af Strandells observationer af børns leg fra 1994.

¹⁵¹ Jeg skal senere diskutere, det forhold at der var tale om henholdsvis ’valg’ og ’en mulighed’.

¹⁵² Som er den ’institution’, der tydeligst giver anledning til, at læge og sygeplejerske samarbejder.

¹⁵³ Corsaro, 1981, s. 127. Corsaro har udviklet sin definition på baggrund af etnografiske studier af jævnaldrende børns leg i en børnehave i ’miljømæssige omgivelser’, hvilket ikke umiddelbart kan overføres på voksne med forskellig faglig baggrund i en institutionel sammenhæng. Men eftersom Corsaro er inspireret af Goffmans *”Behavior in public places”* fra 1963, som ikke specifikt har børn som genstand, tillader jeg mig at bruge definitionen som en afgrænsning og udvælgelse af de lange sekvenser, for at have en håndtérbar analyseenhed.

virkeligheden, dels at arbejde så disciplineret, som denne metode fordrer¹⁵⁴. I det hele taget har jeg ligesom andre forskere erfaret, at det primært er i tanken, at observation foregår som en veltilrettelagt faglig aktivitet¹⁵⁵.

Jeg stillede mange uformelle spørgsmål i forbindelse med de konkrete observationer og lænede mig op af Spradley, som i relation til det etnografiske interview siger: *"In fact skilled ethnographers often gather most of their data through participant observation and many casual friendly conversations"*¹⁵⁶. Jeg var ikke deltagende i den forstand, at jeg deltog i sygeplejerskens arbejde (som f.eks. at hjælpe en patient ud af sengen, som kunne have været en mulighed), idet jeg ønskede at holde koncentrationen på det, der skete og ikke lade mig distrahere af handletvang, men jeg fulgte informanterne i deres gøremål, hvor jeg havde mulighed for det, spurgte jeg til det, jeg så og hørte.

Jeg har deltaget i kaffepauser med plejepersonalet og kaffepauser med lægerne, i frokostpauser samt i læge- og sygeplejerskekonferencer. Endvidere har jeg læst i diverse procedurebeskrivelser og introduktionsmateriale til nyt plejepersonale, hvor afdelingen som sådan viser sit ansigt udadtil.

Jeg observerede agenternes handlinger ud fra, hvad de gjorde, men også ud fra, hvad de ikke gjorde. Som en del af brudtænkningen har jeg benyttet mig af det metodiske greb "at sige nej",¹⁵⁷ det vil sige at tænke over, hvad der ikke blev sagt eller gjort i en situation, som ellers kunne være en mulighed. I øvrigt har min praktiske fortrolighed med feltet hjulpet mig med at opsoge særlige situationer, der kunne gøres til genstand for undersøgelse af mit spørgsmål, f.eks. det forhold at jeg valgte at bruge meget tid på at undersøge stuegangssituationen, hvor sygeplejersken samarbejder med lægen.

¹⁵⁴ For uddybning af kravene til såkaldt "systematisk observation" se f.eks. Croll, 1986. Kleven og Strømnes, 1998.

¹⁵⁵ Som f.eks. også Larsen erfarede det i forbindelse med sine observationsstudier af sygeplejestuderendes praktik på et hospital. Larsen, 1999, s. 93

¹⁵⁶ Spradley, 1979, s. 58.

¹⁵⁷ Bourdieu var i brudtænkningen inspireret af Bachelard (1884 – 1962). I 'Nej'ets filosofi' fra 1940 hævder han, at videnskaben kommer i stand ved et brud med den dagligdagserfaring og ved en proces af korrektioner af fejltagelser. Heraf kommer et nej til det, der tages for givet, som er det metodiske greb, jeg benytter. Bourdieu, 1998 i Callewaert m.fl., 1998, s. 113, Broady, 1991, s. 365 – 367.

4.2. Interview

Man kan ikke spørge informanterne om det, man i virkeligheden allerhelst vil have svar på. Eksempelvis kunne jeg ikke spørge en sygeplejerske, hvorfor hun ikke i en stuegangssituation med lægen og social- og sundhedsassistenten følte sig kaldet til at være den, der tørrede patientens mund, da han ikke selv kunne, men i stedet italesatte et behandlingsrelateret tema på stuegang og overlod til social- og sundhedsassistenten at gøre det.

Netop miskendelsen gør det vanskeligt for sygeplejersken at give svar, hvorfor den slags spørgsmål må fremanalyseres med Bourdieus dobbeltoptik på både agenternes subjektive oplevelser og rekonstruktionen af de objektive vilkår som rammesætter de muligheder, agenterne handler indenfor.

Ligeledes kan det være problematisk at spørge til det selvfølgelige, hvis informanterne ved, at man med sin baggrund ved besked med mange forhold. De kan føle, at 'dumme' spørgsmål er et forsøg på at teste dem¹⁵⁸.

Den strukturelle, sociale tvang, som indgår i relationen mellem forsker og den observerede, er principielt den samme, som indgår i det sociologiske forskningsinterview, og som sådan kan den påvirke forskningsresultatet. Men i modsætning til observation, hvor der er mulighed for, at forskeren kan forholde sig tavst og afventende, må forskeren indtage en mere aktiv rolle i interviewet, fordi forskeren på stedet må være i stand til at korrigere forskningssituationens socialt genererede skævvridninger.

Når asymmetrien mellem forsker og informant er særlig stor, som f.eks. når en forsker interviewer udstødte og underklassen, kræver det ifølge Bourdieu en åndelig øvelse (spiritual exercise), en særlig disposition for selvforglemmelse, hvorved det bliver muligt at forstå sagen fra den interviewedes side¹⁵⁹. I de situationer, hvor jeg som undersøger var i deficit med uddannelseskapital og andre symbolske kapitalformer i forbindelse med interviews af visse læger, oplevede jeg i stedet for selvforglemmelsen en anspændt opmærksomhed. Min oplevelse kan bekræftes empirisk i Bourdieus "Distinction", hvor han har fundet, at den halvlærde eller middelklasseborgeren "*is haunted by the experience he offers to others and the judgement they make of it*"¹⁶⁰.

¹⁵⁸ Spradley, 1979, s. 50.

¹⁵⁹ Bourdieu et al., 1999, s. 614.

¹⁶⁰ Bourdieu, 2002, s. 253.

Omvendt havde jeg større tilbøjelighed til selvforglemmelse i interviewsituationerne med sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten, hvilket formentlig delvis kan tilskrives min erfaring som sygeplejerske med i en tilsvarende position at spørge ind til følsomme emner.

I endemålet skal intervieweren kende til og kontrollere skævvridningerne gennem en systematisk og reflektiv praktik, der udfolder sig under selve interviewet¹⁶¹. Umiddelbart virker dette i modstrid til Bourdieus modstand mod på én og samme tid at deltage og objektivere sig, hvor argumentet var, at man ikke kan være subjekt for sine handlinger samtidig med, at handlingerne er objekt for refleksion, eller som Callewaert udlægger det: *”Man kan ikke stå ved siden af sig selv og se på samtidig med, at man er travlt optaget af at gøre noget”*¹⁶². Refleksionen kan altså først foregå bagefter. Men det er ikke refleksionen, som inspirerer handlingen direkte, hverken under handling eller senere, men refleksionen inkorporerer nye handlingsberedskaber, som bl.a. har haft refleksion over tidligere handlinger som sin grobund for så vidt denne eftertænkksomhed bringes i spil med nye faktorer¹⁶³. På denne måde er Bourdieu alligevel tro mod sit habitusbegreb, som han i denne sammenhæng udlægger som *”a reflex reflexivity”*¹⁶⁴.

Interview har i min undersøgelse haft den funktion at få repræsentanter fra såvel sygeplejerskefaggruppen som hendes tværfaglige samarbejdspartnere til at udtrykke deres erfaringer med tværfagligt samarbejde, hvor sygeplejersken indgår. De enkelte fagpersoners udsagn har jeg tolket som en strukturel variant af gruppens udsagn og dermed som repræsentant for faggruppe-habitussen. Deres udsagn er som følge heraf fortolket i relation til de sociale og institutionelle objektive strukturer, som er afspejlet i de enkelte fagpersoners dispositioner¹⁶⁵.

Som nævnt snævrede jeg temmelig hurtigt fokus ind til en opmærksomhed på sygeplejerskens samarbejde med specielt lægen og social- og sundhedsassistenten. Derfor interviewede jeg tre

¹⁶¹ Bourdieu et al., 1999, s. 608.

¹⁶² Callewaert, 1998, s. 126. Broady, 1991, s. 553.

¹⁶³ Callewaert, 1998, s. 126.

¹⁶⁴ Bourdieu et al., 1999, s. 608.

¹⁶⁵ Hvis jeg havde været interesseret i variationer over sygeplejefaggruppenehabitussen kunne jeg have foretaget livshistoriske interviews som Bourdieu f.eks. har gjort det i *The Weight of the World*. En anden måde at få afdækket de individuelle livshistoriske dispositioner kunne have været ved hjælp af spørgeskema, som f.eks. Petersen, 1997/98 og Moldenhawer, 1994, der begge har arbejdet Bourdieu inspireret, har gjort det.

sygeplejersker¹⁶⁶, tre social- og sundhedsassistenter¹⁶⁷ og tre læger¹⁶⁸. Jeg interviewede imidlertid også en fysioterapeut og to bioanalytikere (på samme tid) for at få data om deres oplevelser af samarbejdet med sygeplejersken. Desuden interviewede jeg afdelingssygeplejersken for at få afdelingens ”officielle” version af sygeplejerskens tværfaglige samarbejde, oversygeplejersken for at få nogle faktuelle oplysninger, og en gruppe bestående af to afdelingssygeplejersker og en specialsygeplejerske. Interviewene har været af varierende varighed fra 15 til 90 minutter. Samtlige interviews har været båndoptaget og er udskrevet undtaget interviewene med fysioterapeuten og de to bioanalytikere, da jeg har lagt vægten på analysen af sygeplejerskens samarbejde med lægen og social- og sundhedsassistenten.

Jeg brugte interviewene til at få en fremstilling af agenternes oplevelser og selvforståelser med henblik på at afklare deres eget perspektiv på det tværfaglige samarbejde med særligt fokus på de tre faggruppers indbyrdes samarbejde. Jeg tilstræbte at lade mine spørgsmål fungere som katalysator¹⁶⁹; derfor brugte jeg heller ikke min interviewguide slavisk, men som udgangspunkt (se bilag 2).

Jeg benyttede mig også af samtaleinterview-formen¹⁷⁰, som er karakteriseret ved, at der ikke er fastlagt nogen rollefordeling med hensyn til, hvem der interviewer og hvem, der er informant. Intervieweren har dog på forhånd nogle specielle interesser inden samtalen påbegyndes. Den type interview foregik typisk i kaffe- eller frokostpauser eller på vej fra én afdeling til en anden.

Interviewet med de to afdelingssygeplejersker og en til afdelingen knyttet specialsygeplejerske havde karakter af et fokusgruppeinterview, idet jeg forsøgte at få de tre relativt ligestillede sygeplejerskers oplysninger og perspektiver i spil. Her benyttede jeg mig af, at deltagerne, når man sidder i en gruppe, er nødt til at forklare sig eller forsvare deres synspunkter¹⁷¹. I modsætning til gruppeinterview er fokusgruppeinterview en mere formel

¹⁶⁶ Med en anciennitet i afsnittet på henholdsvis 2, 3 og 4 år. Spradley anbefaler informanter, som er kulturaliseret gennem mindst ét års erfaring, Spradley, 1979, s. 48.

¹⁶⁷ Med en anciennitet i afsnittet på henholdsvis 3/4 år, 2 år og 14 måneder. (sidstnævnte havde flere års erfaring i afdelingens speciale, før hun som sygehjælper blev opskolet til social- og sundhedsassistent. Den pågældende havde også 5 års erfaring fra en tilsvarende afdeling på et andet hospital. Her ønskede jeg at få erfaringer fra dels den erfarne og dels den endnu ikke kulturaliserede for – i sidstnævnte tilfælde – at få belyst den nytilkomnes oplevelse med at erobre de nye opgaver.

¹⁶⁸ En reservelæge, en første reservelæge og en overlæge for at få variationen med den hierarkiske placering belyst.

¹⁶⁹ Callewaert, 1998, s. 139, Kvale, 2001, s. 111.

¹⁷⁰ Larsen, John, 1995, s. 98 - 99

¹⁷¹ Morgan, 1997, s.46, Kvale, 2001, s. 282.

form, hvor en sammensat gruppe har en moderator i spidsen¹⁷², hvilket for mig var en hjemmefam situation som underviser. Fokusgruppeinterview sætter ofte diskussioner og associationskæder i gang hos deltagerne, og som sådan åbnes der op for de refleksioner, der ligner dem, der finder sted blandt plejepersonalet, hvor man, som det var tilfældet i den kirurgiske klinik, hvor jeg foretog mine feltobservationer, over middag drøfter en særlig sygeplejefaglig problemstilling. Eftersom denne interviewform var kendt for begge parter, fandt jeg den særligt befordrende for at få nuanceret informanternes oplevelser.

Uanset den formelle eller informelle form ved enten gruppe- eller fokusgruppeinterview, får man fat i agenternes subjektive erfaring, som ikke giver nøglen til en forklaring, men i stedet er det der skal forklares¹⁷³.

4.3. Anonymitet og etik

Undersøgelsens fokus er erhvervsudøveres tværfaglige samarbejde på en hospitalsafdeling, og ikke patienter og deres helbredsforhold, hvorfor undersøgelsen ikke er underlagt Helsinki-deklarationen¹⁷⁴. Derfor krævede undersøgelsen ikke formel information til patienterne. Jeg formulerede et brev om min undersøgelse og dens formål til klinikchefen (den administrerende overlæge) og klinikoversygeplejersken, hvor sidstnævnte har været min ”gate-keeper” forstået på den måde, at hun har været min indgang til klinikken. På denne måde gik jeg ud fra, at information blev fordelt videre til de berørte parter, hvilket imidlertid ikke var tilfældet, som jeg tidligere har nævnt. Jeg har derfor repeteret formålet med min tilstedeværelse, hvor jeg har fornemmet, det var ukendt for folk med henblik på at give folk mulighed for at sige fra. Alle medvirkende er fremstillet anonymiseret, men da der optræder oplysninger om f.eks. særlige organisationsformer, kan der for nogle af de implicerede parter være tale om genkendelighed. Det har ikke været intensjonen, men er et udtryk for konflikten mellem anonymisering og kontekstualisering.

¹⁷² Morgan, 1997, s. 6 -13

¹⁷³ Callewaert, 1998, s. 119.

¹⁷⁴ For en sikkerheds skyld forespurgte jeg hos formanden for De videnskabetiske komitéer for Københavns og Frederiksbergs kommuner, Richard Vrogaard. Helsinki-deklarationen omfatter regler for sikring af frivillige forsøgspersoner og patienters rettigheder og sikkerhed samt anbefalinger, der skal vejlede læger i biomedicinsk forskning med mennesker som forsøgspersoner. Lov 503 af 24. juni 1992, Helsinki-deklarationen.

5. DATAGRUNDLAGET

Feltstudierne er foretaget i en periode over 3 uger i sensommeren 2002 på et af H:S's hospitaler, som blev valgt af geografiske grunde. Hospitalet er den institution, der beskæftiger flest sygeplejersker¹⁷⁵, og kan som sådan siges at være en repræsentativ arena for sygeplejerskens tværfaglige samarbejde (samtidig med at hospitalet indgår i den ideologiske opfattelse af, hvor sygepleje praktiseres).

Patientens legitime adgang til et hospital er undersøgelse og behandling – ydelser, der er efterspurgt og ikke altid står mål med den kapacitet, der er til rådighed. Det har betydet, at der er politisk bevågenhed på at få nedbragt de såkaldte ventelister. Det er et vilkår hospitaler i almindelighed er underlagt, men kirurgiske afdelinger, som modtager patienter, der skal have foretaget et operativt indgreb, er det i særdeleshed. For at få dette vilkårs betydning belyst valgte jeg at foretage mine feltstudier på en kirurgisk afdeling¹⁷⁶.

I udvælgelsen af den specifikke kirurgiske afdeling har jeg ønsket, at der i afdelingen var et patientklientel, som jeg selv havde kendskab til fra min tid som praktiserende sygeplejerske. Jeg fandt, at det var en fordel med et minimum af kendskab til de aktiviteter, der foregår for patienter og personale, således at jeg ikke skulle have alt for mange ting forklaret for at forstå sammenhængen. Eksempelvis betydningen af et bestemt kirurgisk indgreb, betydningen af at en bestemt blodprøve er taget før et særligt kirurgisk indgreb, eller hvad der menes med en bestemt sårbandagering. Ulempen ved det kendte er omvendt, at det er sværere at stille spørgsmål til det selvfølgelige.

Jeg har ikke forsøgt at få data om, hvordan patienten har oplevelser med det tværfaglige samarbejde. Dette perspektiv er af hensyn til afgrænsningen er fravalgt.

5.1. Den kirurgiske klinik

Den kirurgiske klinik er rammen om min empiriske undersøgelse, hvorfor der nu følger en præsentation. Klinikken er fysisk samlet på samme etage. Den består af fire afsnit: et akut

¹⁷⁵ 50,7% af beskæftigede sygeplejersker er ansat på sygehuse, næststørste sektor for sygeplejerskerne er socialektoren som dækker plejehjem (17,4 % af beskæftigede sygeplejersker), mens hjemmepleje og sundhedspleje beskæftiger 6,9 % af sygeplejerskerne Sundhedsministeriet, 2001, s. 26. Opgørelserne er fra 1999.

¹⁷⁶ Hospitalernes væsentligste opgave i H:S er beskrevet som *patientbehandling, forskning, uddannelse, forebyggelse, rekruttering, fastholdelse, kompetenceudvikling og samarbejde med primær sektor m.v.* Mål for H:S i 2002. Pleje er således ikke nævnt.

afsnit, der modtager akut indlagte og kritisk syge patienter, to sengeafsnit, der modtager patienter til udredning og kirurgisk behandling af forskellige lidelser, og et ambulatorium med en tilhørende specialsygeplejerskefunktion. Operationsafdelingen er ligesom transplantationsafsnittet en selvstændig afdeling, men har samme klinikchef som den kirurgiske klinik (se i øvrigt organisationsdiagram, bilag 3). Med til den kirurgiske klinik hører også ”lægegangen”, hvor lægerne og lægesekretærerne samt klinikoversygeplejersken har kontorer.

De to parallelafrsnit, hvor jeg overvejende havde min base på det ene, har hver 16 sengepladser. De er næsten ens indrettet og ligger spejlvendt i forhold til hinanden. Når man kommer fra lægegangen og træder ind i hvert af sengeafsnittene, hænger der lige indenfor på væggen en stor mindeplade med navnet på en kirurg¹⁷⁷. På denne måde får man straks en fornemmelse af, at her er blevet og bliver udrettet prisværdige ting.

Patientstuerne med tilhørende toiletter er placeret på den ene side af en lang gang. Midt på gangen ligger kontorområdet som centrum. På den anden side af gangen ligger det urene skyllerum, det rene depot, medicinrummet, en undersøgelsesstue, personalet toilet og patientbad. Afsnittene har fælles køkken og patientspisepads, medicinrum, urent skyllerum og rent depot. Plejepersonalet (se næste afsnit) og afdelingsmedhjælperen spiser frokost sammen på tværs af afsnittene, og man hjælper hinanden i spidsbelastningssituationer og udveksler ressourcepersoner. I ferieperioder, som på det tidspunkt, hvor jeg observerede, lige var overstået, er afsnittene slået sammen. På denne måde er der ikke tale om to helt adskilte kulturer, hvorfor jeg ikke i mine fremstillinger tydeliggør, om mine informanter hørte til på det ene eller andet afsnit.

Den kirurgiske klinik er en af ni klinikker, som hører ind under et center, der har formuleret mål og strategier ud fra hospitalets overordnede mål og strategi. Omkring 95 % af patienterne i klinikken har en cancer-diagnose. Klinikken er underlagt de politiske målsætninger om at reducere ventetiden for cancerpatienters behandling. Indenfor hver operationstype er der opstillet produktionskrav, ligesom klinikken er underlagt produktionsmål for, hvor mange sengedage, der skal produceres pr. år. Tallet for producerede sengedage er ifølge klinikoversygeplejersken sat på et sådant niveau, at afsnittene skal præstere en belægningsprocent på 123 for at opfylde målene. Hvis produktionsmålene ikke er opfyldt, skal klinikken redegøre for manglerne til centerledelsen, og der kan blive skåret i

¹⁷⁷ Der er opsat mindeplader over betydningsfulde, mandlige kirurger ved indgangen til alle tre sengeafsnit: Mathias H. Saxtorph 1822 – 1900, Thorkild Rovsing 1862 – 1927, Frederik Christian Winsløw 1752 – 1811.

ressourcerne. Ifølge klinikoversygeplejersken har der typisk været skåret i sygeplejerskenormeringen, men for første gang i år er der på baggrund af produktionstillene skåret i lægenormeringen. Dette skal dog ses på baggrund af en opnormering på fire speciallægestillinger tidligere på året. Moderniseringens krav om at effektivisere den offentlige sektor er således ikke alene tom retorik, men er blevet et strukturelt vilkår for personalet på den kirurgiske klinik – i særdeleshed for plejepersonalet.

5.2. Personalet på det kirurgiske afsnit

Personalet på den kirurgiske klinik består af læger, lægesekretærer, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere¹⁷⁸ og ufaglærte medhjælpere (typisk sygeplejestuderende, som arbejdede udenfor studietiden). Plejepersonalet, som omfatter de fire sidstnævnte personalegrupper, er fast tilknyttet afsnittet sammen med sygeplejeseekretærene, en afdelingsmedhjælper (der ordner praktiske småreparationer) samt en sygehjælper (som varetager forskellige funktioner omkring maduddeling, som er et opprioriteret område på hele det pågældende hospital). De andre faggrupper kommer udefra – *på besøg*, som én af sygeplejerskerne sagde. Det gælder læger og lægesekretærer; derudover registrerede jeg repræsentanter fra følgende 'besøgende' faggrupper, som sygeplejersken samarbejdede med: Fysioterapeuter, bioanalytikere, en diætassistent, portører, falckreddere, rengøringspersonale, hovedrengøringspersonale, en tolk, en socialpædagog, en psykolog. Derudover speciallæger fra andre afdelinger, en stomisygeplejerske og en smertesygeplejerske¹⁷⁹.

På det ene af de to afsnit (kaldet A) var der ansat 13 sygeplejersker inklusiv afdelingssygeplejersken og souschefen og 3 social- og sundhedsassistenter. På den anden afdeling (kaldet B) var der ansat 12 sygeplejersker 1 social- og sundhedsassistent og en sygehjælper. Den eneste mand blandt plejepersonalet var afdelingssygeplejersken på det ene afsnit.

Der var ansat 23 læger i den kirurgiske klinik: To professorer (den ene var administrativ klinikchef, den anden var akademisk professor), 5 overlæger, 4 afdelingslæger, 5 førstereservelæger og 7 reservelæger. 5 af lægerne var kvinder; ingen af professoraterne eller

¹⁷⁸ En sygehjælper har en 1-årig uddannelse. Uddannelsen ophørte med omlægningen af de grundlæggende sundhedsuddannelser i 1991. Se afsnit 6.4.3.

¹⁷⁹ Stomi betyder kunstig tarmåbning. Hvis jeg havde foretaget mine observationer midt i en studieperiode, ville jeg have mødt flere forskellige studerende og elever.

overlægestillingerne var besat af kvinder¹⁸⁰. Lægerne er ikke specifikt knyttet til ét bestemt afsnit.

Klinikken har lands- og landsdelsfunktion, og er som sådan en højtspecialiseret klinik. Lægerne har organiseret sig i forhold til subspecialer (spiserør, øvre mave og øvre tarm, nedre tarm, leverkirurgi og hormonproducerende svulster). Specialinddelingen betyder, at ikke alle læger opererer alle patientkategorier, men alle læger går stuegang på alle patienter uanset hvilket kirurgisk indgreb, de har fået foretaget. Tilsvarende har sygeplejerskerne i afsnittet ikke organiseret sig efter specialer¹⁸¹. Dog er der blandt sygeplejerskerne udpeget nogle personer til forskellige funktioner, som f.eks. ansvar for medicinrummet og ressourceperson i forhold til dokumentationssystemet. Men disse specialiseringer modsvarer ikke lægernes.

6. ANALYSE OG FORTOLKNING AF DET EMPIRISKE MATERIALE

I det følgende vil det empiriske materiale blive præsenteret. Jeg gennemlæste mine feltnotater og båndudskrifter flere (=mange !) gange (foruden at jeg har hørt interviewene flere gange). Så brugte jeg en overstregningspen til at markere fund, som relaterede sig til mit undersøgelsesspørgsmål. Jeg fandt ret hurtigt frem til, at mine observationer og interview-udsagn grupperede sig omkring nogle temaer, som jeg fordelte på forskellige papirer med henvisninger til, hvor der i materialet var dokumentation for eller eksempel på, hvordan det pågældende tema kom til udtryk. Dernæst genlæste jeg hele materialet og uddybede temaerne med flere eksempler. For at skabe afstand til min egen første systematik, lagde jeg det væk og læste og skrev på teori-afsnittene. Hele arbejdsprocessen har været præget af en vekselvirkning mellem fordybelse og distance, empiri og teori. Erkendelserne er ikke kommet i den rækkefølge, de er fremstillet. Også her har jeg erfaret, hvordan selve forskningsprocessen har været famlende, usikker og måske også selvmodsigende, sådan som Bourdieu også har beskrevet det¹⁸².

Analysen og fortolkningen af mit empiriske datamateriale er disponeret på følgende måde:

¹⁸⁰ Her er ikke udspecificeret, hvor mange der var på deltid, da jeg ikke nærmere forholder mig til de normeringsmæssige vilkår. Tallene skal give et indtryk af, hvor mange personer fra de forskellige faggrupper, der indgår i relationer med hinanden. Den kønsmæssige fordeling forklarer, hvorfor jeg konsekvent omtaler sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten som "hun" og lægen som "han".

¹⁸¹ Smertesygeplejersken er knyttet til anæstesiafdelingen og stomisygeplejersken er knyttet til ambulatoriet

¹⁸² Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 200.

Jeg indleder med en beskrivelse af, hvilke aktiviteter der foregår i det kirurgiske afsnit og en beskrivelse af de lokaliteter i afsnittet, hvor sygeplejerskens tværfaglige samarbejde med de øvrige faggrupper hyppigst forekommer.

Herefter fokuserer jeg på sygeplejerskens samarbejde med først de faggrupper, hvis uddannelser rangerer som mellemlange videregående uddannelser. Hovedvægten af analysen kommer til at ligge på sygeplejerskens tværfaglige samarbejde med lægen og derefter social- og sundhedsassistenten, fordi de som vertikale tværfaglige samarbejdspartnere træder tydeligere frem i mit fokus på opbrud mellem behandling og pleje.

I analysen og fortolkningen af sygeplejerskens samarbejde med lægen vil der være fokus på:

- de institutionelle strukturers indvirkning på det tværfaglige samarbejde herunder behandlings- og produktionslogikkens, moderniseringsprocessernes og specialiseringens gennemslag på autoritetsstrukturen
- opgaver sygeplejerske som sygeplejersken har overtaget fra lægen

I analysen og fortolkningen af sygeplejerskens tværfaglige samarbejde med social- og sundhedsassistenten er der fokus på de opgaver, sygeplejersken afgiver til social- og sundhedsassistenten.

Hvert afsnit indeholder en beskrivelse af de fund, jeg har gjort, samt min forståelse af data og den teoretiske forklaring. Det empiriske materiale indgår dels som situationsbeskrivelser fra observationerne dels som citater fra interviewene. For at indramme en 'setting' er denne skrevet i 11 bit. Ordvekslingerne er rykket ind og linieafstanden mindsket for at adskille dem fra analysen og fortolkningen.

6.1. Hvad sker der ?

Af hensyn til den udenforstående følger her en kort kommenteret døgnrytmeplan for plejepersonalet i dagvagt i et sengeafsnit set ud fra et 'sygeplejerskeperspektiv'.

Kl. 7.30 møder dagvagterne (plejepersonalet) og får en kort rapport om det forløbne døgn af nattevagten (en sygeplejerske). Plejepersonalet orienterer sig yderligere i patienternes papirer, arbejdsopgaverne fordeles, og patienter tilses og hjælpes til rette inden morgenmaden. Ifølge planen er der stuegang fra kl. 8.15 – 9.00, men jeg skal senere vise, hvordan det ikke helt holder stik. Én sygeplejerske har ansvaret for 2 – 4 patienter alt efter, hvor meget personale der er på vagt. Det betyder, at to til fire (enkelte gange seks) sygeplejersker går stuegang med én af to læger. Kl. 9.10 – 9.30 spiser plejepersonalet morgenmad, og både faglige og private

forhold drøftes undervejs. Herefter hjælpes patienter med at blive vasket, med at få tøj på og blive barberet. Sår og specialbandageringer tilses, medicin uddeles og drop justeres. Løbende aftaler man med sine 'gruppemedlemmer', hvem der gør hvad. Patienter sendes til undersøgelse forskellige steder på hospitalet, patienter udskrives, nye patienter modtages og vises rundt, og der foretages såkaldte "indlæggelsesinterviews". Der gives og modtages besked fra samarbejdspartnere og pårørende, og informationer koordineres og videreformidles. På stuegang tilser sygeplejersken (og i visse tilfælde social- og sundhedsassistenten) og lægen patienterne. Lægen ordinerer undersøgelser, ændring af medicinsk behandling, diverse rør og slanger der enten skal trækkes ud eller lægges ind i patientens krop, tråde der skal fjernes, og der ordineres udskrivelse og en bred vifte af speciallægetilsyn. Sygeplejersken tager hånd om disse ordinationer, der skal udføres, nedskrives og dokumenteres, bestilles og indpasses med det øvrige undersøgelses- og behandlingsprogram, og patienten skal informeres. Det er ofte et større administrativt arbejde at få 'puslespillet' til at gå op. Der skal ringes og bookes, og der skal rykkes for, "hvornår det bliver". Måske skal en aftalt tid 'skubbes', så skal der ringes igen, så det passer med de øvrige aktiviteter, der er planlagt for patienten.

Lige inden middag begynder de første patienter at komme tilbage fra operation enten direkte eller via et observationsafsnit. De skal tilses og have deres kropsfunktioner kontrolleret og observeret.

Middagsmaden serveres af en buffetansvarlig sygehjælper; på hendes fridage er det social- og sundhedsassistenterne, der har denne opgave. Plejepersonalet hjælper patienterne til rette med maden og afvikler selv frokost, hvor dagen opsummeres. Mens patienterne hviler sig, drøftes evt. en særlig sygeplejefaglig problemstilling, der afvikles undervisning eller afholdes et egentligt møde. Dagens gøremål fortsætter, inden der skrives rapport og dokumenteres, og der udfyldes rapportsedler til næste vagthold, som får en mundtlig rapport fra kl. 15.20 – 15.30.

Hvor plejepersonalet er fast knyttet til afdelingen¹⁸³, har lægerne deres arbejdsområde på operationsafdelingen, ambulatoriet, de tre sengeafsnit (heraf den ene akut modtageafsnit /semiintensiv afsnit) og et fjerde afsnit, hvor der ligger transplantationspatienter. Desuden kan der også være opgaver i traumecenteret ved akut tilskadekomne patienter, og lægerne varetager også tilsyn på mave-tarmkirurgiske patienter, der er ordineret fra andre afdelinger.

¹⁸³ Afdeling er en samlebetegnelse for alle sengeafsnittene.

6.2. Hvor foregår sygeplejerskens tværfaglige samarbejde ?

Sygeplejerskens udøvelse af det tværfaglige samarbejde foregik hovedsageligt på patientstuen og kontorarealet. For at læseren kan forestille sig konteksten for det tværfaglige samarbejde, følger her en beskrivelse af disse rum.

6.2.1. Kontorlokalet

Midt på gangsidens, hvor patientstuerne er placeret, ligger kontorlokalet, hvor en matteret glasskillevæg deler lokalet i et 'forkontor' og et 'bagkontor'. Fronten ud mod gangarealet udgøres af en plexiglasfacade, bag hvilken sekretæren sidder og bl.a. tager imod al henvendelse 'udefra'. Kontorlokalet fungerer gennem sine artefakter såsom telefoner, hylder med diverse blanketter og bestillingssedler, computer, fax og printer, oversigtstavle over de indlagte patienter, stuegangsvogne, sygeplejebøger etc. På bagkontoret står et bord midt i lokalet, som plejepersonalet er samlet omkring ved rapportssituationer. Langs den ene væg til højre, når man kommer ind, er der yderligere et bord med telefoner. På bordene ligger sygeplejebøger og diverse arbejdsplaner. Ovenover er der hylder med telefonbøger, uddannelsesmapper, faglitteratur, instruktionsmapper, om f.eks. hvordan man gør, når der er dødsfald, og når der skal rekvireres tolkebistand, der er procedurebøger om sårpleje, hygiejniske retningslinier og meget andet. Et stort vinduesparti giver masser af lys og en imponerende udsigt over Københavns tage. På den venstre side er der opslagstavle med vagtplaner og forskellige postkort fra kolleger på rejse.

Kontorlokalet er et centralt sted i afdelingen. Det er her sygeplejerskerne oftest befinder sig¹⁸⁴. Det er herfra, de går ud, dvs. som hjælpere eller konsulenter eller bliver kaldt til, når der skal gås stuegang, når andre speciallæger kommer på tilsyn, når 'Falck kommer med en ny patient', eller der er pårørende, der enten fysisk eller telefonisk vil tale med "den der passer min mand". Her ringer telefonen og patientklokkerne. Størstedelen af plejepersonalet går ind på kontoret undervejs mellem arbejdsopgaver, ligesom der udspringer arbejdsopgaver fra kontorområdet. Her afgøres, hvem der passer hvem, og om social- og sundhedsassistenten skal 'tage medicinen' (hælde medicinen op og give den til patienterne). Her instrueres den ufaglærte hjælper i plejeopgaver, og her læses lægebøger og sygeplejebøger. Det er her,

¹⁸⁴ Det finder Lindgren også i sin undersøgelse af den informelle magt på et svensk hospital. Lindgren, 1992.

det aftales, hvem der kan ”gå fra” til møde eller undervisning, og her giver sygeplejersken sekretæren besked på at bestille blodprøver, undersøgelser og videresende diverse tilsyn fra andre specialister. Her henvender bioanalytikerne sig, når en prøveseddel er forkert udfyldt, og her ser fysioterapeuten efter henvisninger i sin kasse og lige spørger, hvordan det går med Jensen. Det er her sekretæren holder til sammen med afdelingsmedhjælperen, der har sin egen stol med navn på. Her dokumenteres plejen, og arbejdsplaner drøftes og ændres, ’så det passer med festen på lørdag’. Det er her, der tales med lav stemmeføring om en patient, der er blevet meget dårlig ’siden sidst’, og her der tages hjerteligt afsked med patienten med det langvarige sygdomsforløb, der nu endelig kan komme hjem.

I kontorlokalet pågår også en social fælles aktivitet, som når der diskuteres holdsammensætning og løbetider til stafetløbet, når det aftales, hvordan man transporterer sig frem til en kollega, der lægger hus til internatet for plejepersonalet. Her tales om syge børn, der forstyrrer nattesøvnen og én blandt plejepersonalet, der møder op med en ny frisure, der klæder hende godt.

Kontorområdet er sammen med medicinrummet det inderste og mest centrale lokale. Larsen taler om *arkitektur som struktureret struktur, der virker strukturerende for faglig praksis*¹⁸⁵. Her kan man sige, at praktik struktureres af borde, telefon, computer, ’fax’, diverse medicinske og administrative dokumenter, lærebøger og medicinske opslagsbøger, opslagstavle med patienternes navne og placering, dagens operationsprogram og den ventende stuegangsvogn med alle tilhørende diagnostiske rekvisitter (handsker, forbindsstoffer, rekvisitionssedler etc.). Samtidig virker disse strukturer også strukturerende for sygeplejerskens koordinerende funktioner i relation til lægeordinerede undersøgelser og behandlinger og de mange andre ydelser, patienten tilbydes.

6.2.2. Patientstuen

Kontorlokalet deler afsnittet i to grupper, der hver har en fire-sengsstue i hver ende, resten er to-sengsstuer. I alt er der plads til 16 patienter. Når man kommer ind på en patientstue ligger der et toilet lige indenfor døren. De to senge, der står ud fra væggen, er adskilt af et stofforhæng, som kan trækkes for, så der skabes et minimum af privatsfære. På væggen bag hovedgærdet er der diverse ilt og sug og forskellige agregater, som medicoteknisk udstyr kan kobles til. På modsatte væg hænger et fjernsyn, som ofte er tændt, der er hylder, hvor der ligger blomster og plaster og andet forbindsstof.

¹⁸⁵ Larsen, 1999, s. 148.

Hver patient har et sengebord, som rummer patientens personlige ejendele sammen med et aflåst skab. Patientens ejendele såsom pastiller, toiletgrej og lidt friske vindruer, som pårørende kan have medbragt, deler for en tid plads med hospitalets artefakter såsom vandglas, mundskyllevæske og 'swaps', en blå plastikstuds og salve.

I starten registrerede jeg, at der var forskellige lugte på patientstuerne, nogle lugte var mere tydelige og ubehagelige end andre. Senere har jeg ikke skrevet noget om lugte i mine feltnotater, hvilket måske viser, hvordan processen med at 'go native' kan forløbe, uden at man selv bliver opmærksom på det.

6.3. Sygeplejerskens tværfaglige samarbejde med faggrupperne fra de mellemlange videregående uddannelser

I det følgende afsnit fremdrager jeg i koncentreret form nogle karakteristika ved sygeplejerskens tværfaglige samarbejde med fysioterapeuten og bioanalytikeren, som var de to af faggrupperne, der rangerer som mellemlange videregående uddannelser, som sygeplejerskerne samarbejder mest med i den kirurgiske afdeling. Disse faggrupper karakteriserer jeg som horisontale tværfaglige samarbejdspartnere, fordi de uddannelsesmæssigt rangerer på samme niveau som sygeplejersken.

I de kirurgiske afsnit, hvor jeg foretog mine feltobservationer, har sygeplejersken ingen samarbejdsrelationer med ergoterapeuten og jordmoderen, hvis uddannelser kategoriseres som mellemlange videregående sundhedsuddannelser. Som en sygeplejerske sagde, så skulle jeg have valgt en genoptræningsafdeling eller en barselsafdeling, hvis jeg ville undersøge, hvordan det foregik, eller jeg skulle have valgt sektorer eller institutioner udenfor hospitalet.

Der var et samarbejde med en socialpædagog, som var meget begrænset og ifølge sygeplejerskerne ekstremt sjældent forekommende. Lidt hyppigere havde sygeplejersken samarbejde med diætassistenten, som også rangerer som en mellemlang videregående uddannelse, men sygeplejerskens tværfaglige samarbejde med disse faggrupper er ikke analyseret. I stedet har jeg fokuseret på de sygeplejerskens vertikale tværfaglige samarbejdspartnere.

Fysioterapeuterne har derimod deres daglige gang i afsnittet. De kommer udefra og har ikke ligesom sygeplejerskerne deres base i afsnittet. Sygeplejersken eller sygeplejeseekretæren skriver henvisninger på de planlagte fysioterapeut-behandlinger som f.eks. vejtrækningsøvelser til operationspatienter. Specielle behandlinger ordineres af lægen. Der

lægges besked om ny-henviste patienter i en dertil indrettet kasse i afsnittet, som fysioterapeuten selv tømmer.

Fysioterapeuten har et antal patienter, som hun har ansvar for. Hun holder sig løbende ajour med, hvordan det pleje- og behandlingsmæssigt går med patienten ved at spørge den sygeplejerske, der har ansvaret for patienten, ligesom hun selv giver oplysninger videre til sygeplejersken, som er relevante for plejen, f.eks. hvordan en patient har klaret en mobilisering¹⁸⁶.

Fysioterapeuten er synlig i afdelingen, og man ser hende ofte på gangen eller på kontoret. Den konkrete kontakt med sygeplejersken begrænser sig til ½ -3 minutters informationsudveksling 2 – 4 gange om dagen. Sygeplejerske og fysioterapeut kan også sammen hjælpe med at få en operationspatient ud af sengen, hvilket tager lidt længere tid.

Hvis sygeplejersken er midt i en plejeopgave, hvor fysioterapeuten ellers havde planlagt at lave f.eks. vejrtrækningsøvelser med patienten, kommer fysioterapeuten bare igen.

”Jeg har ikke svært ved at finde andet arbejde, jeg kan tage mig til i mellemtiden, så jeg oplever egentlig ikke, at der er spildtid”.

Afdelingen har fast tilknyttede fysioterapeuter. *”Måske er det også fordi, vi kender hinanden så godt, at vi har et fint samarbejde. Vores fysioterapeut er kommet her i mange år”*, siger en sygeplejerske. Fysioterapeuten siger det samme men med andre ord. Ovenstående subjektive oplevelser korresponderer med mine feltobservationer. Fysioterapeuten har flere fælles områder med sygeplejersken, f.eks. hvordan det går fremad med rehabiliteringen i forhold til daglige færdigheder. Der kæmpes således ikke grundlæggende om definitionen af, hvad der skal gælde i samarbejdet.

Anderledes opleves samarbejdet indbyrdes mellem bioanalytikeren og sygeplejersken. **Bioanalytikerne** kommer i afdelingen kl. 8 om morgenen og tømmer en dertil indrettet kasse for bestillingssedler på de patienter, der skal have taget blodprøver. På hverdage er der 5 ’runder’, hvor der kan ringes besked til bioanalytikeren et kvartér før runden, om at der skal tages prøver. Når prøven er analyseret, sendes svaret elektronisk til afsnittet.

Hvis der er problemer i form af sedler, der er forkert udfyldte, eller prøver der af denne ene eller anden grund ikke kan tages, er der direkte kontakt mellem sygeplejerske og bioanalytiker, ellers fungerer kommunikation på ovenstående måde. Det er typisk

¹⁸⁶ = at komme ud af sengen og i gang med at bevæge sig.

bioanalytikerne, der definerer, hvad et evt. problem i samarbejdet er. Det kan være sedler, der er ufuldstændigt udfyldte, patienter, der ikke ligger på den stue, der er skrevet på blodprøvesedlen, eller endelig kan prøverne være emballeret eller opbevaret forkert. Om samarbejdet med sygeplejerskerne siger bioanalytikerne, at sygeplejerskerne mangler forståelse for, hvor vigtigt det er, at sedlerne er korrekt udfyldte. *"Vi kan godt komme til at sidde med spildt prøvemateriale, som vi så heller ikke kan sende ud af huset"*. Bioanalytikerne siger, at det *"nok også har noget med ens facon at gøre"*, om man har et godt samarbejde med sygeplejerskerne, men at de savner forståelse for, hvad det betyder, at sedler, prøvetagning og emballering er udført korrekt. Sygeplejerskerne siger omvendt om bioanalytikerne, at de har 'tunnelsyn' og omtaler bioanalytikerne som dem fra *klinisk komisk*¹⁸⁷. En sygeplejerske fortæller:

"De vil i al almindelighed gerne tørre det meste af på alle andre, de er gode til at lave faste arbejdsgrænser.... Det nyder jeg at sige til båndoptageren (ha-ha). De må ikke trække blod fra et CVK¹⁸⁸...og det er da komisk, at laboranten står ved siden af og kigger på, at sygeplejersken gør det i stedet for selv at gøre det. Jeg KAN ikke få ind i mit hoved, hvorfor laboranterne...undskyld bioanalytikerne...ikke selv kan gøre det¹⁸⁹".

Bioanalytikerne er bemandingsmæssigt skåret ned i week-enden, så de kun går én 'runde' pr. døgn, hvor de tager blodprøver i modsætning til 5 runder på hverdage. Hvis der skal tages blodprøver udenfor 'runden', skal lægen tage dem, siger bioanalytikeren og sygeplejersken. En reservelæge siger: *"Nu er sygeplejerskerne blevet meget bedre til at hjælpe til med det"*.

Bioanalytikeruddannelsen baserer sig på overvejende naturvidenskabelig kundskab, og i forbindelse med prøvetagning og analyse af prøverne arbejdes ud fra en logik om, at der eksisterer en objektiv sandhed. En tænkning som også har præget lægens videnskabelige skoling og, som jeg skal vise i afsnit 6.4.2., at sygeplejerskerne har forsøgt at frigøre sig fra. Det kan måske forklare, at sygeplejerskerne oplever samarbejdet med bioanalytikerne mere problematisk end samarbejdet med fysioterapeuterne.

¹⁸⁷ Afdelingen, hvor blodprøver analyseres, hedder klinisk kemisk afdeling...

¹⁸⁸ Centralt venekatheter, der giver adgang til blodbanen i en af de store vener tæt på hjertet.

¹⁸⁹ Ifølge faglig konsulent, Birgith Nørgaard, fra bioanalytikernes fagforening, "Danske Bioanalytikere", blev det på hospitalslaboranternes kongres i 1999 besluttet at udskifte betegnelsen *hospitalslaborant* med *bioingenør*, hvilket imidlertid ingeniørforeningen modsatte sig. Alternativt blev betegnelsen *bioanalytiker* valgt. Forud var gået flere års diskussion om at ændre betegnelsen, så den signalerede, at man også kunne få ansættelse i den private sektor og indenfor forskningen og ikke kun indenfor hospitalsvæsenet. Endvidere ønskede man en betegnelse, som matchede de internationale titler. Dette er således fagforeningens officielle begrundelse. Sygeplejersken antyder måske, at navneskiftet skulle signalere en lidt 'finere' titel.

I forhold til spørgsmålet om at definere arbejdsopgaverne mellem bioanalytikerne og sygeplejerskerne er det angiveligt en administrativ beslutning, at blodprøvetagning i vagterne udenfor 'runderne' ikke skal ligge hos bioanalytikerne men er overdraget til lægerne, som imidlertid – uden forhandling - har videresendt opgaven til sygeplejerskerne. Sygeplejerskerne er hermed kommet til at løse 'helt andre opgaver, end de er vant til', som bebudet af Dansk Sygeplejeråd, men opgaven er ikke frivilligt valgt. Om det så er en forandring til fordel for sygeplejerskerne som antydnet i de toneangivende sygeplejerskers retorik, skal jeg senere vende tilbage til.

6.4. Lægens, sygeplejerskens og social- og sundhedsassistens fagdispositioner

Som ovenfor omtalt kommer jeg til at koncentrere min analyse af sygeplejerskens tværfaglige samarbejde med specielt lægegruppen og dernæst social- og sundhedsassistentgruppen. Jeg har tidligere rekonstrueret de historiske og institutionelle rammer for faggruppernes erhvervsudøvelse, og jeg vil nu supplere med dele af de tre faggruppers sociale og uddannelsesmæssige baggrunde. Igen er der tale om en præsentation, som bærer den omvendte logik af undersøgelsen. I virkeligheden har det empiriske materiale været styrende for, at jeg fremdrager netop de følgende træk fra de tre faggruppers sociale og uddannelsesmæssige baggrunde, der som 'faggruppedispositioner' senere inddrages i forklaringen på informanternes praktikker.

For det første inddrager jeg dele af den svenske sociolog, Gerd Lindgrens empiriske analyser af informel magt på et svensk hospital¹⁹⁰. Her trækker jeg på de livshistoriske fællestræk, som hun identificerer hos grupperne *doktorer*, *systrar* og *flickor*, som, jeg ser, har sammenfald med grupperne læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.

For det andet fremdrager jeg træk fra de tre involverede faggruppers uddannelser, som jeg mener kan bidrage til en forklaring på, hvorfor informanterne handler og siger, som de gør.

Lindgren fremstiller lægerne som en homogen gruppe. De rekrutteres fra de øverste sociale klasser. Veluddannede forældre – især faderen – gør, at barnet har lært at sætte pris på boglig

¹⁹⁰ Lindgren. 1993. Lindgren har været inspireret af Foucault- og Bourdieu i sin undersøgelse..

viden og flid i konkurrenceøjemed¹⁹¹. I kontrast hertil rekrutteres sygeplejerskerne fra det diffuse, brede mellemlag. Gruppen er heterogent sammensat, hvorfor sygeplejerskerne går ind i hospitalsorganisationen med forskellige præferencer og ambitioner og med forskellige private vilkår og handlemuligheder, som gør, at de har forskellige ambitioner for så vidt angår arbejde, karriere og familieforhold¹⁹².

I *flickornes* gruppe indgår *undersköterskor* og *biträdere*, som rekrutteres fra gruppen af småbrugere og arbejdere. Denne gruppe sidestiller jeg med de danske social- og sundhedsassistenter. *Flickorne* har haft forældre, som har arbejdet hårdt, og som kun har haft lidt fritid. Som små piger lærte de tidligt, hvad der forventedes af dem – vaske, gøre rent og holde hjemmet pænt. Lindgren karakteriserer denne gruppe som homogen. De anser selv sygeplejerskerne for at være 'finere', da de har mere uddannelse og har satset mere på sig selv¹⁹³.

6.4.1. At blive kirurg

Medicinstudiet rangerer som en lang videregående uddannelse og er normeret med en studietid på 6½ år. Studiet er overvejende naturvidenskabeligt funderet med vægten lagt på de naturvidenskabelige basisfag og de kliniske fag¹⁹⁴. I den kliniske del af uddannelsen indgår en obligatorisk praktikanttjeneste, hvor studenten gør tjeneste ved 8 – 9 forskellige medicinske specialafdelinger. Det betyder, at den medicinske student allerede under uddannelsen er orienteret mod det højtspecialiserede hospitalsvæsen.

Efter en afsluttet kandidateksamen indgår lægekandidaten i en turnusuddannelse på 18 måneder, der giver tilladelse til at bestride underordnede lægestillinger, men for at blive kirurg skal lægekandidaten gennemføre et langvarigt uddannelsesforløb. Efter turnusuddannelsen følger 1 års introduktionsstilling til kursusstilling, som er en

¹⁹¹Ibid., s. 23.

¹⁹²Ibid., s. 21- 22. Tine Rask Eriksen har i sin ph.d.-afhandling ligeledes fundet, at sygeplejeelever i slutningen af 1980-erne i Danmark rekrutteres fra mellemlaget. Eriksen, 1992, *Omsorg i forandring*.

¹⁹³ Ibid, s. 18 og 25. Jeg er klar over, at her er tale om meget grove stregtegninger af de tre faggruppers sociale herkomst. Bourdieu ville sikkert have anbefalet en analyse med en kortlægning af et antal variable indenfor grupperne økonomisk og kulturel kapital hos et antal repræsentanter for de tre faggrupper. Selvom Lindgrens undersøgelse som nævnt er næsten 10 år gammel, antager jeg, at de tre svenske faggrupper har nogenlunde tilsvarende samme sociale baggrunde som de tre danske faggrupper for så vidt angår økonomisk og kulturel kapital her 10 år efter. Erik Jørgens Hansens danske undersøgelse fra 1995 viser trægheden i forandring, hvad angår social mobilitet hos en generation. Derfor er der grund til at antage, at mønsteret er det samme i Danmark i dag. Hansen, 1995.

¹⁹⁴ Bekendtgørelse om den lægevidenskabelige kandidatuddannelse, 1986, s. 2.

blokuddannelsesstilling på 27 måneder (9 måneder på mave-tarmkirurgisk afdeling, 9 måneder på urinvejskirurgisk afdeling, 3 måneder på brystkirurgisk afdeling og 6 måneder på hjerte-lungekirurgisk afdeling). Efter yderligere 2 års første reservelæge-tid i det speciale lægen har valgt, kan lægen kalde sig speciallæge og kan principielt købe sig en speciallægepraksis¹⁹⁵. Efter 2 års ansættelse som 1. reservelæge, er kirurgen kvalificeret til en såkaldt slutstilling som overlæge eller afdelingslæge¹⁹⁶.

Der er således tale om et postgraduat uddannelsesforløb på næsten 7 år efter kandidatuddannelsen og næsten 9 år for at nå en slutstilling som overlæge eller afdelingslæge. På lægens lange vej mod den eksklusive speciallægetitel, kommer det at kunne foretage bestemte operationer til at stå centralt. At orientere sig mod et speciale indenfor kirurgien er nødvendigt for at komme videre i systemet. Mestringen af de specialiserede opgaver giver adgang til den fortsatte karriere. Derfor inkorporeres særlige perceptionsmatricer for at vurdere hvilke opgaver, der er 'værd' at beskæftige sig med.

Lægen har ordinationsretten, hvilket betyder, at det er sygeplejersken forbudt at ændre den af en læge ordinerede behandling¹⁹⁷. Lægen socialiseres derfor gradvist til at have det sidste ord, som sygeplejersken også orienterer sig efter.

6.4.2. At blive sygeplejerske

Sygeplejerskeuddannelsen rangerer som tidligere nævnt som en mellemlang videregående uddannelse og er med den nye uddannelsesreform normeret med en studietid på 3½ år mod tidligere 3¾ år. Af uddannelsens samlede 210 ECTS-points andrager den teoretiske undervisningsdel 120 ECTS-points og kliniske undervisningsdel 90 ECTS-points¹⁹⁸. I lighed med de andre mellemlange videregående uddannelser er andelen af praktikuddannelse i sygeplejerskeuddannelsen reduceret på bekostning af mere teori. Det betyder, at de studerende i højere grad opøver en praktisk skolekompetence end en praktisk handlekompetence,

¹⁹⁵ Oplysninger fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk/faglige_omr/uddan/Laeg_gr_vidudd/videreudd.asp downloaded 04-01-03 suppleret med oplysninger fra en reservelæge og en overlæge fra den kirurgiske klinik.

¹⁹⁶ En afdelingslæge er en speciallæge, der formelt har kompetence til at bestride en overlægestilling. Med faststillingsreformen fra 1990 skulle antallet af de tidsbegrænsede lægestillinger på sygehusene begrænses, idet stillinger uden uddannelsesspecifikt mål skulle konverteres til faste speciallægestillinger. Herved opstod afdelingslægestillingerne, Sundhedsministeriet, 2001, s. 43.

¹⁹⁷ Bekendtgørelse af lov om sygeplejersker, LBK nr. 759 af 14/11/1990 §5, stk. 2.

¹⁹⁸ Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen, 2001, s. 2.

eftersom oplæringen mere og mere mister sin direkte, konkrete og praktiske relevans for udøvelsen af den gerning, der skal varetages i erhvervsudøvelsen¹⁹⁹.

De sygeplejestuderende har mulighed for i den kliniske del af uddannelsen at komme på tre forskellige specialafdelinger udover det kliniske uddannelsesforløb indenfor primær sektor²⁰⁰ - i modsætning til de medicinske studenter, der kommer på 8 – 9 forskellige specialafdelinger. Med MVU-loven blev det slået fast, at sygeplejerskeuddannelsen ikke skulle knyttes til det universitære system, som man f.eks. har gjort det i de angelsaksiske lande²⁰¹. Et forslag herom blev officielt fremsat i 1975 men blev af angiveligt økonomiske årsager ikke vedtaget²⁰². Forud for uddannelsesreformen i 2001 havde ledende sygeplejersker indenfor såvel uddannelse som erhverv uden held forsøgt at få en dialog i gang med universiteterne om mulighederne for at arbejde på den angelsaksiske model²⁰³. Senest i efteråret 2002 blev afvisningen fra det universitære system endelig cementeret, idet Undervisningsministeriet og Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling ikke imødekom en ansøgning fra Danmarks Sygeplejerskehøjskole om at blive overflyttet til det sundhedsvidenskabelige fakultet ved Aarhus Universitet²⁰⁴. Med de forgæves bestræbelser på at lade sig indlemme i det universitære system var sygeplejerskeuddannelsens tilknytning til de andre mellemlange videregående uddannelser i CVU-regi således ikke det, ledende sygeplejersker i udgangspunktet havde kæmpet for²⁰⁵.

Sideløbende med afvisningen fra academia har toneangivende sygeplejersker på forskellig vis forsøgt at italesætte sygeplejefaget som noget særligt og selvstændigt. F.eks. udgav Dansk Sygeplejeråd (DSR) i 1985 et såkaldt statusdokument om sygeplejerskens

¹⁹⁹ Et forhold som også påpeges af Brinkkjær og Nørholm, 2000, s. 201 – 202.

²⁰⁰ Det vil sige hjemmepleje eller plejehjem.

²⁰¹ I den såkaldt *angelsaksiske model* for organisering af videregående uddannelsesinstitutioner er korte videregående uddannelser (KVU) og MVU-er og mindre specialiserede universiteter indfusioneret i megauniversiteter, eller MVU-institutioner er blevet opgraderet. I den *kontinentaleuropæiske model* eller *fachhochschule-model*, som man har været inspireret af i forbindelse med udfærdigelsen af MVU-loven, er KVU- og MVU-institutioner tættere knyttet til aftagerne med højere grad af praksisorientering. En sådan udviklingsbaseret uddannelse skulle være et stærkt alternativ til universiteterne, som man ikke har ønsket at 'underminere eller udsulte'. *Det 21. århundredes uddannelsesinstitutioner – debatoplæg*, Undervisningsministeriet, 1998, s. 25.

²⁰² Betænkning nr. 730 afgivet af et udvalg nedsat af det under indenrigsministeriet hørende uddannelsesnævn for sundhedsvæsenet, København, 1975. 8 ud af udvalgets 19 medlemmer var ledende sygeplejersker indenfor såvel skole- som sygehusverdenen (heraf to repræsentanter for sygeplejeeleverne).

²⁰³ En kilde højt placeret i H:S Sygeplejerskeuddannelsen fortæller, at Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Københavns Universitet aldrig svarede på en henvendelse.

²⁰⁴ Sygeplejersken, 35/2002, s. 8 –9.

²⁰⁵ Senest i efteråret 2002 er der skabt usikkerhed om, hvorvidt professionsbacheloror kan gå direkte ind på et universitetsstudium, hvilket var det sygeplejersker var stillet i udsigt, Sygeplejersken, 40/2002. Det betyder endnu en forvisning til en uønsket plads.

virksomhedsområde, hvor kapitlet om sygeplejerskens ansvarsområder var særligt fyldigt²⁰⁶. Og op gennem 1980-erne blev det forsøgt at lancere ”helhedssynet” som modvægt til det medicinske hegemoni²⁰⁷. Det kom til udtryk i den litteratur, de studerende blev præsenteret for, hvor mantraet var *”hele vejen rundt om patienten”*. Den naturvidenskabelige del af undervisningsindholdet blev nedprioriteret på bekostning af de humanvidenskabelige tilgange til faget til stor frustration for de studerende iøvrigt, som følte sig dårligt rustet til at observere patienterne adækvat. Dette forhold blev også officielt påpeget i Evalueringsrapporten fra 1996 med anbefalinger om at genindføre mere sygdomslære, anatomi og fysiologi samt farmakologi²⁰⁸.

Jeg vil med ovenstående argumentere for, at sygeplejerskeuddannelsen gennem sin kollektive historie sætter objektive strukturer, som afspejler sig i varige dispositioner i den enkelte sygeplejerske. Både i forhold til indplacering af uddannelsesinstitutionen og i forhold til indholdssiden i uddannelsen har sygeplejestuderende, og dermed senere sygeplejersker, fået at føle, at der ikke er selvbestemmelse på faglige spørgsmål. Sygeplejersken bærer en kropslig forståelse for at kende sin plads, en plads som ikke er frivilligt valgt, men som er blevet tildelt dels af det etablerede akademiske miljø, dels af lægevidenskaben.

6.4.3. At blive social- og sundhedsassistent

Social- og sundhedsassistentuddannelsen har eksisteret siden 1991, hvor den sammen med social- og sundhedshjælperuddannelsen afløste uddannelserne til hjemmehjælper, sygehjælper, plejer, plejehjemsassistent og beskæftigelsesvejleder²⁰⁹. De første social- og sundhedsassistenter blev uddannet i sommeren 1993, men der skulle gå nogle år, før de for alvor kom til at få ansættelse på hospitalernes specialafdelinger.

Social- og sundhedsassistentuddannelsen er bygget op trinvist. Idéen er, at elever med udgangspunkt i folkeskolens afgangseksamen gradvist kan udvide deres erhvervsfaglige

²⁰⁶ Der er oplystet ikke mindre end 10 områder, som sygeplejersken *har ansvar for* eller *er ansvarlig for*. Statusdokument. Sygeplejerskens virksomhedsområde, DSR, 1985, s. 5 – 6. Statusdokumentet er genoptrykt i 1993 og er ikke revideret siden.

²⁰⁷ Wachterhausen (dansk filosof) så helhedssynet som et oprør og et forsøg på at frigøre sig fra den traditionelle lægevidenskab. Han kaldte lanceringen for *det holistiske frelsersyndrom*. *”Helhedssynet havde et frelst og helligt skær over sig. Man havde fået indsigt og var kommet langt længere (højere op !) end de indsnævrede apparatfejl-behandlere”*. Wachterhausen, 1990, s. 247.

²⁰⁸ Evaluering af sygeplejerskeuddannelsen, Evalueringscenteret, 1996, s. 54 – 55.

²⁰⁹ Forslag til Lov om grundlæggende social- og sundhedsuddannelser inden for bistands-, pleje- og omsorgsområdet, Lovforslag nr. L.113 af 28.12.89.

kvalifikationer, idet der lægges op til, at der kan tilrettelægges individuelle uddannelsesforløb²¹⁰. Formålet med uddannelsens tilrettelæggelse er at matche uddannelsens beskæftigelsesområder og områdernes kvalifikationsbehov²¹¹.

Det indledende grundforløb, som eleven har adgang til lige efter 9. klasse, består af 20 ugers skoleundervisning. Herefter varer uddannelsen til social- og sundhedshjælper 1 år og 2 måneder heraf mindst 24 ugers skoleundervisning. Social- og sundhedsassistentuddannelsen, der bygger ovenpå social- og sundhedshjælperuddannelsen varer 1 år og 8 måneder med mindst 32 ugers skoleundervisning²¹². Der er således lagt op til ”livslang læring”, som er et af tidens mantraer i den herskende uddannelsesdiskurs, hvor det legitimeres i uddannelsen, at eleven kan udvide sine erhvervskompetencer i opadgående retning.

I forhold til lægens lange videregående uddannelse og sygeplejersken mellemlange videregående uddannelse med de deraf følgende besiddelser af uddannelseskapital og forskellige sociale baggrunde, rangerer social- og sundhedsassistenten lavest i hospitalshierarkiet blandt de tre faggrupper. Hun har dispositioner for at orientere sig opad i hierarkiet qua den trinvis uddannelse og orientering mod at udvide sit kompetenceområde. Det er ikke en barriere for social- og sundhedsassistenten, at en anden faggruppe (typisk sygeplejersken) har haft patent på særlige arbejdsopgaver. Det er derimod et vilkår som social- og sundhedsassistenten – dog indenfor visse rammer – forventes at kunne overskride. Sygeplejersken har derimod som ovenfor beskrevet dårlige erfaringer med at orientere sig opad i hierarkiet for så vidt angår uddannelsens akademiseringsbestræbelser og fagets muligheder for at vriste sig fri af den lægefaglige dominans²¹³.

²¹⁰ Bekendtgørelse om grundlæggende social- og sundhedsuddannelser, BEK, nr. 1073 af 17/12/2001, s. 1.

²¹¹ Lov om grundlæggende social- og sundhedsuddannelser, LBK nr. 308 af 13/05/2002, s. 1.

²¹² Ibid, s. 2.

²¹³ De sociale påvirkninger der udgår fra henholdsvis en erhvervsorganisations og en uddannelsesinstitutions liv og organisering kunne alternativt have været analyseret som to selvstændige felter af henholdsvis produktion af tværfagligt samarbejde (erhvervsudøvelsen) og konsumtion/forbrug af tværfagligt samarbejde (uddannelsen). Bourdieu har i værkerne *”La Distinction, Critique sociale du judgement”*, fra 1979 og *”Les Règles de l’art”* fra 1992 arbejdet med feltbegrebet som feltet af produktion og feltet af konsumtion som principielt to uafhængige systemer med hver sin distinktionskonkurrence med hver sin dynamik men med en strukturel overensstemmelse, *”en kvasi-mirakuløs korrespondance på grund af homologi”* (Bourdieu, 2002, s. 231). I *La Distinction* foretager Bourdieu en empirisk undersøgelse af, hvordan mennesker inddeler sig ved hjælp af smag. I *Les Règles de l’art* analyserer Bourdieu struktur og genese i det litterære felt. Her produceres og konsumeres henholdsvis livsstil-ikoner og litteratur. F.eks. kan et særligt teaterstykses position være en repræsentation af konkurrencen i det felt, hvori teaterstykker produceres. Stykket modtages (konsumeres) i homologt receptionsfelt, hvor dets positionering accepteres eller forkastes efter recipientens position. For uddybning se teatereksemplet Françoise

I den følgende observationssekvens vil jeg illustrere de tre faggruppers indbyrdes positioner. Senere vil jeg vise, hvordan det foregår, når arbejdsopgaver bevæger sig på tværs af de tre grupperes faggrænser.

6.5. Lægens, sygeplejerskens og social- og sundhedsassistentens indbyrdes positioner – en illustration

Der er stuegang.

Sygeplejersken skubber stuegangsvognen, som er konstrueret, så den kan indeholde lægejournaler, henvisningssedler, forbindsstoffer m.m. Øverst ligger sygeplejejournalerne, som der ikke naturligt er indrettet en plads til.

Lægen (reservelæge i turnusstilling; kvinde omkring 40-erne) lukker døren op, så sygeplejersken (kvinde, ca. midt 30-erne) kan skubbe vognen ind. Sygeplejersken og en social- og sundhedsassistent (kvinde, ca. midt 30-erne) har forinden diskuteret, hvorvidt social-sundhedsassistenten skal 'gå stuegangen'. Social- og sundhedsassistenten har sagt, at hun gerne vil gerne gå med "bagved".

Vi kommer ind på en to-sengsstue, hvor der ligger en ældre herre i sengen lige indenfor døren. Sengepladsen længst hen mod vinduet er tom. Patienten har gennemgået et stort kirurgisk indgreb og har været længe om at 'komme ovenpå' igen, har sygeplejersken fortalt. Dagen før har patienten fortalt mig, at han har læst religion i "alt for mange år", og at de til sidst blev trætte af ham, så han ikke "fik papirer på det".

Nu har han netop spist yogurt. En bakke med en halvtom tallerken står på bordet. Patienten har tydelige yogurt-rester om munden. Han taler med svag stemme, og dagen forinden har jeg set, at han spiser meget langsomt og har besvær med at ramme munden med skeen.

Læge og sygeplejerske står ved fodenden, social- og sundhedsassistenten står ved siden af patienten. Jeg står for enden af sengen længere væk.

S (sygeplejersken): *Robert (fiktivt navn) som jo har ligget her i umindelige tider....* (S. siger det til lægen. Hun snurrer rundt og væk fra patienten og finder journalen frem fra vognen og giver den til lægen).

L (lægen): *Goddag Robert.*

So-su (social-og sundhedsassistenten) står til højre for sengen med hænderne på ryggen. Hun smiler venligt til patienten, der ligger med yogurt om munden.

P(patienten): *Goddag.* Kigger afventende. Lægen læser i journalen, alle afventer. Efter et lille stykke tid tørrer social- og sundhedsassistenten patienten om munden med den serviet, der ligger på bakken ved den tomme tallerken.

So-su: *Du har lige lidt til at sidde her.*

L: *Går det godt ?* (Lægen har journalen i hånden).

P: *Ja, øh..* Slår ud med hånden og vælter et medicinglas med flydende medicin. Patienten opdager det ikke.

L: *Hovsa !* (Har registreret hændelsen men kigger ned i journalen. Både sygeplejerske og social-og sundhedsassistent har ansigtet vendt mod patienten, så jeg antager, de har registreret hændelsen. Nu løber medicinen ned ad det skrånende bord).

S: *Vi har reduceret Triazolam-dosis, så Robert nu får 0, 125 mg.....*

(Lige før medicinen løber ned i sengen, får so-su'en fat i en serviet og tørrer det op. Der bliver også spildt lidt i sengen. Sygeplejerske og læge diskuterer, hvordan dosis har været øget og reduceret).

P: *Ja, det har unægteligt karakter af et eksperiment, men det er vel jeres empiriske måde at gøre det på....*

Der udspiller sig nu en dialog mellem læge, sygeplejerske og patient om, hvorvidt det er en rimelig måde at finde ud af, hvilken dosis der passer...

Stuegang fortsætter. Fra vi går ind, til vi går ud af stuen, har denne interaktive episode varet 4 minutter.

Med fokus på sygeplejerskens handlinger har jeg analyseret mig frem til følgende autoritetsstruktur mellem de involverede fagpersoner:

Den behandlingsmæssige dimension hos en patient, som er lægens domæne, dominerer over andre symbolske kapitalformer, idet jeg holder sygeplejerskens handling op imod, hvad hun ikke gør i situationen - eksempelvis kunne hun have taget initiativ, så patienten fik tørret sin mund, da patienten ikke selv havde ænset sin situation. Med social-og sundhedsassistentens tilstedeværelse overlades hjælpen med den personlige hygiejne til hende. Hvis man sidestiller *flickornes* dispositioner fra Lindgrens svenske undersøgelse til social- og sundhedsassistentens, er hun den fagperson, der har de stærkeste dispositioner for at handle i den slags situationer. Da patienten vælter glasset med den flydende medicin, antager jeg, at alle tre fagpersoner registrerer hændelsen, men ingen af de involverede reagerer i første omgang. Sygeplejersken tager et initiativ udenom hændelsen, idet hun sætter et behandlingsrelateret tema på dagordenen. Hun har udviklet en praktisk sans for at vide hvilken kapitalform, der dominerer i feltet. At tale om medicin dominerer over en situation, hvor der skal handles med risiko for at få snavsede fingre. Samtidig har sygeplejersken qua sin uddannelse i højere grad dispositioner for at tale end at handle.

Med social-sundhedsassistentens tilstedeværelse får sygeplejersken mulighed for at forvalte medicinen og forblive relativt tættere på den medicinske højborg. Hvis sygeplejersken havde været alene med lægen, måtte hun som den lavest rangerende gøre det snavsede arbejde, hvilket ville have øget afstanden mellem hende og lægen.

6.6. Sygeplejerskens tværfaglige samarbejde med lægen

I forbindelse med interview'ene lod jeg sygeplejerskerne udfylde en 'top-5-liste' over deres 5 mest betydningsfulde samarbejdspartnere. Lægen lå éntydigt øverst. Som en sygeplejerske sagde: *"Lægen er min overordnede, så det er jo ham, jeg skal spørge om alle de ting, jeg ikke selv har kompetence til. Så ham er jeg jo meget afhængig af"*.

Stuegang er den mest almindeligt forekommende form for samarbejde, hvor man kan sige, at sygeplejersken samarbejder tværfagligt med lægen. Når lægen kommer på stuegang, venter han sjældent længe på, at sygeplejersken er klar. Med sygeplejerskens hurtige 'ind-og-ud-af-kontoret-ture' holder hun sig bl.a. orienteret om, hvorvidt lægen er på vej. Sygeplejerskerne indbyrdes holder også hinanden orienteret om, hvem af sygeplejerskerne der nu *"går"* (= går stuegang), så man kan beregne, hvornår det er ens tur.

Sygeplejersken indleder typisk stuegang på kontoret med en kort oversigt over 'hvad hun har'. Det gør hun ved, at hun introducerer til patientens situation ved at nævne patientens navn, hvornår og om han/hun er opereret, og om der er nogle observationer eller prøvesvar, der kan give anledning til, at lægen skal udstede ordinationer.

Når sygeplejersken 'tager noget op på stuegang', kan lægen gå ind i problemet eller afvise det som irrelevant. En sygeplejerske siger: *"De kan banalisere det. F.eks. hvis man skal have ordineret sådan noget som paracetamol²¹⁴, så kan de synes, det er helt skørt, at de skal bruge tid på det..."*.

Det er vigtigt, at sygeplejersken *"kan skelne mellem skidt og kanel"*, som en første reservelæge siger: *"Jeg synes på en kirurgisk afdeling, hvor vi har opererede patienter....mave-tarmkirurgiske patienter...der er det væsentligt at få at vide, at patienten har en tarmfunktion, at der ikke er febertilfælde, hvad vores infektionsparametre, altså blodprøver viser. Det er sådan de der helt grove... det er de helt kolde facts. Om de så...jeg synes, det...det er jo ikke uvæsentligt for patienten, men det er uvæsentligt for mig, om de kan gå 100 eller 50 m....."*.

Sygeplejerskerne har tilsyneladende udviklet en sans for spillet, idet de stort set kun italesætter diagnose- og behandlingsrelaterede temaer. Her har jeg igen benyttet mig af at se

²¹⁴ Et mildt virkende lægemiddel mod smerter, som også kan købes i håndkøb. Lægen har ordinationsretten, det er således statsligt reguleret, at lægen hierarkisk står over sygeplejersken, idet det er sygeplejersken forbudt at ændre den af en læge ordinerede behandling. Bekendtgørelse af lov om sygeplejersker. Sundhedsministeriet, 1990, kapitel II, § 5, stk. 2 e.

væk – hvad kunne det ellers være. Her kunne der være tale om status i forhold til et rehabiliteringsprogram (mobilisering, madindtagelse, livsmod). Forhold om patienters livsverden er ikke fraværende, men hvis sygeplejersken initierer disse temaer, er de som regel forbundet med nye prøvesvar eller med mulighed for lægelig ordination i forbindelse med f.eks. patientens oplevelser med smerter eller kvalme.

Med den følgende beskrivelse vil jeg give et eksempel på, hvordan det kan se ud, når sygeplejersken med en inkorporeret sans for spillet tager de 'rigtige' ting op til stuegang men alligevel må opleve sig selv som forvist til sin plads. Jeg har i parentes beskrevet min forståelse af situationen, som ligger til grund for min fortolkning af seancen. Strukturen i fremstillingen er inspireret af Corsaro's interaktive episode som afsæt for en analyseenhed²¹⁵.

6.6.1. Når sygeplejersken har lært at diagnose- og behandlingsorienterede temaer har forrang i samarbejdet med lægen - stuegang på bagkontoret

Jeg har været med sygeplejerske H. inde på en patientstue, hvor hun har gået stuegang på én patient. Nu sidder vi og taler sammen og drikker et glas saft ved bordet ude på bagkontoret. Afdelingssygeplejersken er også til stede, hun sidder og læser i nogle papirer.

I mellemtiden går lægen stuegang med en anden sygeplejerske P. Klokken er 10.45. Nu kommer de tilbage til kontoret. Derfra hvor jeg sidder, kan jeg se ud på forkontoret. Lægen (første reservelæge) er mand og ca. midt i 40-erne, sygeplejersken er kvinde og ca. midt i 30-erne. Sygeplejerske P. kører stuegangsvognen, parkerer den og begynder at ordne forskellige papirer på forkontoret, hvor sekretæren også sidder. Lægen går ud af forkontoret. En social- og sundhedsassistent kommer ind og spørger efter en sygeplejerske – ingen ved hvor hun er, hun går igen. Lægen kommer tilbage med en kop kaffe og en lille pakke Nutella. Han sætter sig på bagkontoret, hvor vi sidder og begynder at skovle Nutellaen op med en plastik-ske.

L: Jeg er færdig, én galde og en stuegang på tre patienter, det er da meget godt gået, ikk ? (Siger det ud i rummet. Jeg tolker det som om, han vil forklare, at han kan få tid til at drikke kaffe, og at han synes, at det er en dag med en let arbejdsbyrde. En læge går ofte stuegang på 8 – 16 patienter).

Sygeplejerske P. der lige har gået stuegang med lægen, stiller sig afventende i åbningen ind til bagkontoret.

L: (Kigger op og gør pause i Nutella-spisningen) Vil du spørge om noget ?

²¹⁵ Jeg har bestræbt mig på en stofligt mættet beskrivelse med inspiration fra Geertz (amerikansk antropolog) Geertz har bl.a. beskrevet, hvordan ulovlige hanekampe på Bali foregår. Beskrivelsen er mættet af stemnings- og sanseindtryk, hvorved læseren får en oplevelse af selv at være til stede, Geertz, 1993. I hans beskrivelse lægges der også op til en form for klimax, som jeg dog ikke har kunnet fremstille her. Her er måske snarere tale om et antiklimax, idet sygeplejerskerne også denne dag har ventet på stuegang. Da den endelig kommer, er den efter sygeplejerskens opfattelse for hurtigt overstået.

S: *Det er kun fordi, vi gik stuegang sådan lidt hurtigt....* Sygeplejersken vil have lægen til at tage stilling til en beskrivelse af et røntgenbillede af lungerne på en patient. Hun rækker journalen til lægen. Beskrivelsen er lagt forrest. Lægen sidder ned. Sygeplejersken står og læner sig op af karmen i døråbningen mellem bag- og forkontor. Det ene ben er bøjet bagud, og hun støder med fodsålen ind mod karmen. Hun holder venstre arm om sin krop, i højre hånd har hun en kuglepen, som hun bider lidt i.

L: K.A. (patientens navn) *Så vi det i morges ?* (Han hentyder til, at lægerne hver morgen er til røntgenkonference, hvor alle gårsdagens billeder på afdelingens patienter bliver hængt op og beskrevet.)

L: (Læser op af beskrivelsen på røntgenbilledet) K.A. - *atektaser på højre side.*

S: *Har hun ikke noget pneumoni*²¹⁶?

L: *Nej.*

S: *Hun er sat i penicillin*²¹⁷.

Læge: *Det er godt nok, du kan jo ikke udelukke, at der er noget. Hun skal også have noget lunge-fys.*

S: *Det får hun. Hun bliver C-PAP'et. Men er det en idé at give hende penicillin, hvis man ikke med sikkerhed ved, hvad det er ?*

L: *Du kan ikke vide, hvad det er. Atektase det betyder at lungen er smadret – klappet sammen. Hvis hun har tegn til pneumoni..*

S: *Hun har haft noget temperatursvingninger..*

L: *Så synes jeg, det er fornuftigt nok.* (Giver røntgenbeskrivelsen til sygeplejersken).

S: *OK, det får hun så også. Så skal jeg lige høre: Den 17. har man ordineret, at hun skal have taget blodsukker én gang i timen, ikk' ? Er det noget, vi skal fortsætte med, nu er hun så 3. dag ?* (efter operation, KH)

L: *Åh, det er noget med sukkersyge eller sådan noget...* (Han kniber øjnene sammen på en skælmsk måde. Min tolkning er, at lægen spørger, det burde være indlysende for selv lægfolk, at blodsukker-tagning og sukkersyge kan hænge sammen....)

S: *Ja, med blodsukkeret ?* (Overrasket – er ikke i første omgang sikker på, om det er en spøg). *Ja, det kan i hvert fald godt have noget med det at gøre* (ironisk tonefald – sygeplejersken har fanget den....)

L: *Det ved du noget om, hva'r...* (igen tolker jeg et ironisk tonefald, som lyder venskabeligt i tonen og ikke sarkastisk).

Afdelingssygeplejerske: *Hov, er det fru A, I snakker om ? Der er et eller andet helt specielt med de der blodsukre. Jeg kan ikke huske, hvad det er, men S. (professoren) eller G. (overlæge der har hormonproducerende tumorer som sit subspeciale) ved noget om det...*

(Lægen sidder ned og læser i journalen. Sygeplejersken står nu bagved lægen. De kigger på tallene, som "er stabile indenfor normalområdet". De læser en ordination op fra journalen om, at pt. må spise og drikke frit).

L: *Du tager det engang i timen, siger du ?*

S: *Nej, det gør jeg så ikke, det kan jeg godt se nu..* (hentyder formentlig til, at hun kan se på et skema, at prøverne af blodsukkermængden ikke er blevet taget).

L: *Det har du ikke gidet ?* (Lægen kigger op på sygeplejersken med et glimt i øjet).

S.: *JO, (siger det med eftertryk) hvis jeg havde vidst, at jeg skulle gøre det, så havde jeg gjort det. Men jeg sagde, at jeg ikke havde haft fat i journalen, ikk' oss ?* (virker indigneret).

L: *Jeg synes, at hvis det har ligget stabilt på 6 et helt døgn, så er der ingen grund til at tage det en gang i timen. Det ligger da ret stabilt. Jeg synes bare, du skal tage det gange 4 dagligt.*

²¹⁶ Lungebetændelse.

²¹⁷ Hvilket betyder, at der er opstartet penicillinbehandling.

Sygeplejersken finder et EKG²¹⁸ frem på den samme patient.

L: *Det er noget med hjertet, ikk' ?* (Glimt i øjet igen. Det er basalviden for sygeplejersker og læger, hvad et EKG kan sige noget om).

L: *"Er det sådan" ?* (Lægen vender EKG-strimlen på hovedet) *Nå, nej..."*

(Sygeplejersken reagerer ikke på det, som jeg tolker som endnu en spøg).

L: *Det er typisk kvinder at lave sensation ud af ingenting.....Fordi der er lidt flimmer, det betyder ikke noget. Hov der er en uregelmæssig puls.*

S: *Der er et ekstra slag dér.* (Peger).

L: *Det har jeg sgu oss'. Det må man godt have. Det har du også selv engang imellem.*

Lægen dikterer til diktafonen status over lunger og blodsukker men ikke EKG.

L: *Var der mere ?* (Kigger op – afventende).

S: Nej. (Drejer hurtigt rundt og går ud på forkontoret, tilbage til sine papirer).

Noget tyder på, at det ikke har været sygeplejersken, der har været *pace-maker* på den stuegang, hun lige har gået med lægen på stuen. Jeg har tolket, at lægen oplever, det har været en 'let' dag, så et presset arbejdsprogram kan sandsynligvis ikke forklare, at det skulle 'gå lidt stærkt'. Nu må hun efterfølgende have lægen til at tage stilling til tre forhold, hvilket sætter hende i en defensiv position, hvor hun må 'samle op' og ikke er på forkant med situationen.

Sygeplejersken introducerer temaer, som har med diagnose og behandling at gøre, hvorved hun anerkender den specifikke symbolske kapital i feltet. Lægen har ordinationsretten, men sygeplejersken udfordrer lægens monopol ved at spørge til det fornuftige i at give penicillin, når det ikke er undersøgt, om det er dette præparat, der er virksomt. Med Hall kunne der i sygeplejerskens artikulation i dette optrin ses en form for korrespondens til den dominerende diskurs: behandling og diagnostisering men nonkorrespondens, hvor hun stiller spørgsmål ved, om den lægelige ordination er fornuftig. Med Bourdieu kunne man analysere det ud fra at den domineredes interesse er at italesætte doxa med henblik på kritisk at forholde sig til den²¹⁹. Men kritikken er formuleret på den herskendes præmis. Sygeplejersken legitimerer således dominansforholdet og bidrager dermed til, at dominansforholdet reproduceres.

Eller som Bourdieu siger det: *De, der tager del i kampen, bidrager til reproduktion af spillet.....bidrager til at producere troen på indsatsernes værdi*²²⁰.

Sygeplejersken må kæmpe for, at de temaer, hun tager op til stuegang, ikke bliver opfattet som banale, og hun må kæmpe for at blive taget alvorligt, hvilket forstærkes af lægens brug af humor i eksemplet ovenfor. Det er lægen, der definerer, hvad der er morsomt, og lægen har myndigheden til at fælde dom over, om sygeplejersken har 'skelnet mellem skidt og kanel', -

²¹⁸ Elektrokardiogram, som siger noget om impulsoverledningen i hjertet samt hjertets frekvens (puls).

²¹⁹ Bourdieu, 1997, s. 118.

²²⁰ Ibid., s. 119.

en position, som gør, at lægen kan forvise hende til den plads, som er historisk og institutionelt defineret.

Sygeplejersken får i det tværfaglige samarbejde med lægen det, jeg vil kalde *diasporaerfaringer*. Hall bruger diasporabegrebet til at analysere en nationalidentitetsopfattelse, som jeg her overfører på sygeplejerskens sygeplejefag-erfaringer. Ligesom Hall bærer på sin diaporahistorie, bærer sygeplejersken på sin historie fra den lægefaglige 'koloniale' situation, hvor sygeplejerskerne ved fagets konstituering hierarkisk blev underlagt lægerne og mistede selvbestemmelsen på et område, der tidligere var et kvindeanliggende. På hospitalet er sygeplejersken over tid forbundet med lægen, hvilket betyder, at sygeplejersken kender både den medicinske verden og sin egen sygeplejeverden intimt. Når sygeplejersken forsøger at kæmpe sig fri af sin plads ved på stuegang med lægen at forsøge sig med temaer, der hører til lægens domæne, bliver sygeplejersken ufrivilligt vist tilbage til og fastholdt på en plads, som ligger lavere i hierarkiet, end hun havde ønsket sig. Sygeplejersken har gennem sin uddannelse indirekte fået lignende diasporaerfaringer i relation til at sygeplejerskeuddannelsen blev forvist til en plads udenfor det universitære system først i 1975, og igen med tilknytningen til CVU'erne, som ikke var det, de ledende sygeplejerskerne i udgangspunktet kæmpede for (jævnfør afsnit 6.4.2.)

I situationen hvor lægen bliver bedt om at tage stilling til EKG-strimlen, svarer han at "*det er typisk kvinder at lave sensation ud af ingenting*". Her trækker lægen på de homologe relationer mellem mand og kvinde²²¹. Med humor lægger lægen distance til det forhold, at sygeplejersken fremlægger EKG'et og blodsukkerværdierne, som ikke er helt strengt kirurgiske. Lægen har inkorporeret den lægefaglige specialisering i sin lægehabitus. Hele hans postgraduate karriere er orienteret mod lige netop det speciale, han har som sit. I ovennævnte sekvens indgår derfor også en afvejning af, om det, sygeplejersken bringer op, er et problem, der falder indenfor lægens kirurgiske speciale. Lægen dikterer status over lungebilledet og blodsukker-tagningen, men EKG'et 'var ikke noget'. Den lægelige specialisering bidrager derfor til sygeplejerskens diasporaerfaringer.

Stuegangssituationen rummer i sig selv en autoritetsstruktur, hvor sygeplejersken indtager en underposition i relation til lægen. Men det, at sygeplejersken overhovedet skal gå stuegang, er

²²¹ Den maskuline dominans' betydning vil af hensyn til specialets afgrænsning ikke nærmere blive udfoldet her. Men der var talrige episoder, hvor det var tydeligt, at de kønnede dominansrelationer indgik i struktureringen af agenternes handlinger.

i det hele taget strukturerende for sygeplejerskens arbejde. Det giver jeg et eksempel på i det følgende.

6.6.2. Stuegang og sygeplejerskens tværfaglige samarbejde med lægen er højt prioriteret af sygeplejersken

”Vi har en aftale, der hedder, at stuegang starter klokken 8.20, men når så klokken bliver 9.15, så ringer vi ned og spørger, hvor de bliver af”. Sådan indleder en sygeplejerske, da jeg beder en sygeplejerske beskrive det tværfaglige samarbejde med lægen. I mit datamateriale er det gennemgående for samarbejdet mellem læge og sygeplejerske, at sygeplejersken bruger megen tid på at vente på, at lægen skal komme på stuegang. F.eks. har jeg noteret fra en dag, jeg fulgte en sygeplejerske, at der blev ventet fra kl. 8.20 til kl. 9.22. Stuegangen på 4 patienter varede 5 minutter. I ventetiden kredser sygeplejersken omkring kontoret og medicinrummet, hvor hun ajourfører forskellige dokumentationspapirer, checker forskellige undersøgelsesresultater i lægejournalen, giver beskeder til sekretæren, udveksler oplysninger med andet plejepersonale etc.

Det, hun ikke gør, er at rede senge, give en patient et brusebad og tage sig af en yngre cancerpatient med multiple og komplekse plejeopgaver²²², som hun til gengæld overlader til den ufaglærte medhjælper at passe²²³. *”Det er dumt at gå i gang med noget, hvis man bliver afbrudt”*, siger sygeplejersken til mig.

Sygeplejerskerne synes selv, det er uhensigtsmæssigt, at de venter. Afdelingssygeplejersken har en dag beregnet, at 4 sygeplejersker venter hver en time. *”Du kan godt se, at det er meget spildtid.* Afdelingssygeplejersken fortæller, at sygeplejerskerne vil skrive et brev til lægerne *”....de menige til de menige, fordi de ikke overholder de aftaler, der er indgået”*. Afdelingssygeplejersken har tilsyneladende opgivet at tage problemet op på ledelsesniveau.

²²² Patienten har to aflastende kunstige tarmåbninger og en kanalgang, der tømmer sig ud gennem huden, hvilket fordrer specialbandagering. Patienten har smerter, han er forkvalmet og har kastet op. Sygeplejersken fortæller, at hans gamle mor ikke er klar over, at prognosen er dårlig, hvilket har givet anledning til bekymring hos patienten, som ikke ønsker at gøre sin mor ked af det. Det er ud fra disse oplysninger, jeg med min erfaring vurderer, at der er mange og komplekse plejeopgaver i relation til ernæring, lejring, specialbandagering, hudpleje, lejring med forebyggelse af liggesår, smertelindring, støtte i forhold til sin situation, som hun vælger ikke at udføre for at holde sig klar til at gå stuegang.

²²³ En sygeplejестuderende som fungerer som ferieafløser. Hun er selv halvvejs gennem uddannelsen og har ikke tidligere været studerende i afdelingen. Der er således ikke tale om højt kvalificeret fagperson – snarere tværtimod.

Den udprægede skolelogik, der kommer til at herske, når en større og større andel af teoriundervisning prioriteres frem for tid til opøvelse af praktiske kompetencer, kan også bidrage til en forklaring på sygeplejerskernes orientering mod de administrative opgaver på kontoret væk fra sygestuerne. Og endelig kunne man argumentere for, at ligesom turisten har brug for vagabonden til at vise, hvordan alternativet til hans liv ville være (jævnfør afsnit 2.6.2. om Baumans analyse af de menneskelige konsekvenser af globaliseringen), har sygeplejersken brug for de laverestående i hierarkiet – her den ufaglærte. De daglige påmindelser om, hvad sygeplejersken kunne blive, virker som en slags hjælpemotor til at holde sig væk fra sygestuerne, væk fra det urene skyllerum, væk fra køkkenet for til gengæld at orientere sig mod kontoret²²⁴.

Hvor stuegang således er højt prioriteret af sygeplejersken, er stuegang omvendt ikke højt prioriteret af lægen. Det vil jeg vise i det følgende.

6.6.3. Stuegang og arbejdsopgaver på sengeafdelingen er ikke højt prioriteret af lægen - "de er ved at være klar nede på værkstedet"!

Arbejdet på operationsafdelingen er strukturerende for både læger og sygeplejerskers arbejde i sengeafdelingen:

En sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent hjælper hinanden med at få en patient over i en kørestol. En anden sygeplejerske kommer ind på stuen og siger, at der er stuegang. *"Skal lægen komme ind til dig, eller vil du komme ud til ham"*? Sygeplejerske 1 svarer, at hun kommer ud. Da hun kommer ud på kontoret, siger lægen: *"Desværre. Jeg er lige blevet kaldt på OP²²⁵!"* *"Nejjjjj...."*, siger sygeplejersken ærgerligt.

Både læge og sygeplejerske er underlagt den institutionelle tvang om produktion og reduktion af ventelister, om end den rammer sygeplejersken på en mere underordnende måde.

Et andet eksempel:

En sygeplejerske har gået stuegang med en læge. De står nu på bagkontoret, lægen (P) dikterer på vedrørende en patient. En anden læge (F) kommer ind:

²²⁴ At sygeplejersken er orienteret mod kontoret og de administrative opgaver væk fra patientstuen har Larsen også fundet i sin ph.d.-afhandling. Larsen, 1999, s. 255 – 272.

²²⁵ Daglig tale for operationsafdelingen.

F: *"De er ved at være klar nede på værkstedet".* (Jeg formoder, han mener operationsafdelingen...)

P: (Til sygeplejersken) *Jeg kommer tilbage og skriver på W og tilsynene.*

Spl.: *Hvis du lige dikterer 2 minutter, så er det overstået.* (Lægen tager sig alligevel tid til at gøre tingene færdige).

Spl.: *Tak skal du have.*

P: *Selvtak.*

Hvor sygeplejersken er parat til at afbryde sit arbejde og overlade komplekse sygeplejeopgaver til en ufaglært medhjælper for at indgå i et tværfagligt samarbejde omkring stuegang med lægen, er lægen omvendt ikke parat til at prioritere stuegang på tilsvarende måde. Lægen kan dog overtale til at prioritere stuegang frem for operation, som det kommer til udtryk ovenfor. Heri ses en modstandsform hos sygeplejersken.

At operation har forrang er så kropsligt indlejret hos lægen, at man fristes til at betegne hans reaktion som instinktiv eller som en refleks, velvidende, at disse begreber refererer til biologien. Bourdieu har et sted sagt, at hvad generne er for biologien, er habitus for kulturen. Her betyder det, at det at operere har sat sig i lægens krop, hvor lægen gennem hele det lange postgraduate forløb er orienteret mod at få erfaring med at udføre operationer af stigende kompleksitet. Operationserfaringen er blevet en distinktionsmarkør, der gør kirurgen til noget særligt og eksklusivt til forskel fra andre i det kirurgiske hierarki, og som gør ham egnet til med sin særlige ekspertise at hjælpe syge mennesker. Med tilstedeværelsen af denne fortid foregriber lægen den aktuelle stuegangssituation. At gå stuegang vil derfor ikke have så høj prioritet som at operere. Desværre afstod jeg fra at foretage observationer af arbejdet på operationsafdelingen, hvilket ellers kunne have bidraget til at belyse den stilling, operation havde. Hvordan denne disponering kan forklares, vender jeg tilbage til i kapitel 7.

Når sygeplejersken siger, at *"det er dumt at gå i gang med noget, hvis man bliver afbrudt"*, kan det forklares ud fra, at hun ønsker at undgå en dobbelt underordning. Hun er villig til at afbryde en arbejdsopgave indenfor eget domæne for at imødekomme lægen. Det vil sige, at hendes plejeopgaver underordnes af stuegang, som dernæst underordnes af operation. Her er det svært at få øje på et overbevisende modstandspotentiale.

Det var tydeligt, at det at operere af lægerne blev opfattet som det mest interessante blandt lægernes opgaver, hvilket den følgende sekvens er et eksempel på:

Efter lægernes morgenkonference er der kaffe ”inde hos de store”²²⁶. Der er startet tre nye første reservelæger for 4 dage siden, den ene af dem drøfter med overlæge B, hvad han skal lave. Hver dag har en oversigt over, hvilke læger der varetager hvilke opgaver såsom operation, udførelse af særlige undersøgelser, stuegang, hvem der har vagt osv. Den nye første reservelæge (E) står på oversigten til at gå stuegang på ét af sengeafsnittene sammen med en anden overlæge C.

Overlæge B: *Hvad kan vi finde på til dig i dag ?...*

Ny første-reservelæge E: *Nja.....*

Overlæge B: *Du skulle tage at gå med over på endoskopistuen. Der sker der lidt interessant...*

Min tolkning er, at overlæge B er venlig og vil sin nye kollega det godt på tværs af den opgavefordeling, der allerede er lavet.

Jeg fandt i mit materiale, at stuegang på det almindelige sengeafsnit blandt lægerne var lavere prioriteret end operation, specialundersøgelser, ambulatoriearbejde, at gå stuegang på det semiintensive sengeafsnit og det, som en overlæge kaldte et ”pligtbesøg” hos en patient, der skulle godkendes som transplantationspatient²²⁷.

Stuegangens relativt lavere status blandt lægerne kan findes i den kirurgiske lægehabitus, som er grundlaget for lægens handlingspotentiale i de sociale situationer. Med lægernes 6½ - årige medicinstudium, som er naturvidenskabeligt baseret, og den lange vej til speciallægestillingen og måske senere overlægestillingen har lægen dispositioner for at orientere sig mod ’den rene vare’ – operationen, hvor ingen patienter kan ’forstyrre’ med spørgsmål der falder udenfor det specialkirurgiske domæne (se eksemplet senere side 88 - 89).

Når lægerne er samlet til diverse konferencer diskuteres i et stærkt struktureret og hierarkisk rum fortrinsvist operationsindikationer, nyeste dokumentation for behandling og diagnosticering etc. Herved inkorporeres over tid en sans for, hvad der er mest betydningsfuldt. Ved kaffen er snakken dog friere, her diskuteres også holdninger til information og vejledning, nyeste bilkøb, priser på kaffe osv.

Hele klinikkens organisering med lægelige sub-specialefunktioner, der varetages af specialuddannede læger, fungerer sammen med produktionsorganiseringen i form af krav om antal producerede operationer og antal producerede ’sengedage’ som strukturerende strukturer.

²²⁶ Det er den betegnelse, reservelægerne bruger om professorer, overlæger, afdelingslæger og første reservelæger. Reservelægerne omtaler omvendt egen gruppe, hvor også stud. med.erne er med, som ’de små’. ’De store’ og ’de små’ drikker kaffe hver for sig.

²²⁷ Det betød, at overlægen gik på transplantationsafdelingen og sikrede sig, at alle forundersøgelser var udført samt at den pågældende patient var orienteret om procedurerne.

At stuegang rangerer lavere end de ovenfornævnte arbejdsopgaver betyder, at der produceres opgaver for sygeplejersken, som består i at holde styr på de ting, som lægen ikke fik gjort færdigt eller taget stilling til.

Men denne organisering har også et præg af non-korrespondens i sig, fordi sygeplejersken tager sig den frihed at gå på det, hun kalder *"shopping"*. Det vil sige, at når opgaver ikke er afsluttet, har hun mulighed for – under påskud af, at der ikke er taget stilling – at henvende sig til en anden læge for at få truffet en beslutning, som efter sygeplejerskens mening er bedre. En sygeplejerske siger det på denne måde: *"Vi kan nemt kritisere andre for strukturerne, men vi jonglerer også vældig meget i dem selv"*.

6.6.4. Produktionslogikkens og moderniseringsprocessernes gennemslag - travlhedens kropssprog

Der eksisterer et særligt travlhedens kropssprog på den kirurgiske klinik; et kropssprog som legitimeres af, at patienter venter på helbredelse eller lindring, eller andre samarbejdspartnere venter. Her et par eksempler:

En overlæge (L) har tilset en patient. Han har hvide operationsbukser og træsko på. Klokken er 8.40, så jeg tolker, han skal ned og operere. Han kommer ud fra patientstuen og går hurtigt ind på kontoret, hvor to sygeplejersker, en social-og sundhedsassistent og en afdelingssygeplejerske, er til stede.

L: *Må jeg få O's journal ?* Han taler højt og rækker armen ud og vinker utålmodigt med hånden, som man gør, når man vinker et barn til sig.

L: *Kom, kom...*

Afdelingssygeplejerske: *Har lægerne ikke lært at tale pænt ?*

L: *I skal sgu bare komme med den journal !*

Lægen siger det på en lettere overdreven måde, virrer karrikerende med hovedet, som om han rigtigt puster sig op.

Afdelingssygeplejersken: *Ved du godt, hun er farveterapeut ?*

Både sygeplejerskerne og overlæge giver på en ironisk måde udtryk for, at de ikke kender noget til farver og sundhed.

Sygeplejerske 1: *Du må da have lidt forstand på farver, siden du tit stiller op i pangfarvede polo-shirts.*

Sygeplejerske 2: *Ja, du har da en lyserød.*

Sygeplejerske 1: *Du har da også en lilla, den var da også rigtig god til dig.*

Lægen er nu ikke så utålmodig, og seancen udvikler sig til, at både læge og sygeplejersker griner og skilles i fred og fordragelighed.

I starten af optrinnet er det min opfattelse, at lægen spiller på en indforståethed om, at operation har absolut primat. Han har travlt, hvilket legitimerer en utålmodighed. Operation og heri produktion og effektivitet er det, der ikke kommer ind i synsfeltet som noget, der kunne være anderledes. Det er doxa. I anden del af optrinnet får sygeplejerskerne talt overlægen til ro med kreativitet.

Et andet eksempel:

Lægen kommer susende ind på kontoret og siger, at hun har to minutter til at gå stuegang, for hun skal på "OP". Inden sygeplejersken kan nå at samle papirerne sammen, er lægen kørt af sted med stuegangsvognen.

I episoden fra afsnit 6.6. havde sygeplejersken en oplevelse af, at stuegangen i første omgang var gået "sådan lidt hurtigt" på trods af, at lægen ikke havde andre ventende opgaver. Her har lægen måske også inkorporeret en travlheds kropssprog.

I forbindelse med observationsstudierne fik jeg selv (eller jeg havde allerede ?) en rem af huden: Når jeg følges med en læge eller en sygeplejerske, går jeg ligesom ham/hende med raske skridt, tager trappen med dobbelte trin og afpasser mine ønsker for samtaler og observation, så de ikke kommer til at gå i vejen for, at lægen eller sygeplejersken kan nå at udføre sine arbejdsopgaver indenfor den planlagte tid.

6.6.5. Specialiseringens gennemslag

Jeg har tidligere redegjort for, hvordan hospitalet er stærkt funktionsopdelt, hvilket kan ses af de mange forskellige faggrupper, der tilbyder forskellige ydelser. I dette afsnit vil jeg vise, hvordan denne specialisering kommer til at spille ind på sygeplejerskens tværfaglige samarbejde med lægen.

De lægelige specialer kaster arbejdsopgaver af sig i form af henvisninger, som sygeplejersken skal holde styr på bliver underskrevet og sendt, tilsyn der skal rykkes for og udefrakommende

speciallægers anbefalinger, der skal forelægges de kirurgiske læger²²⁸. Den nemme adgang til de øvrige speciallæger på hospitalet samt lægens angst for ikke at tilbyde patienten den bedste behandling ser ud til at bidrage til forbruget af specialistbesøg. En første reservelæge siger: *”Hvis det bliver alt for besværligt, eller hvis der **er** noget (=er noget unormalt, KH), så skal jeg ikke give mig i kast med at behandle noget alt for avanceret noget, fordi HVIS det går galt, så vil jeg blive bebrejdet, at jeg ikke havde tilkaldt en specialist, som der jo er på stedet”*.

Her kan angsten for, at *det kan gå galt*, forstås i relation til patientens helbredstilstand, men at noget går galt kan også forstås i forhold til en faglig standard og dermed kollegernes dom.

Hospitalets organisering med de mange specialister indenfor rækkevidde betyder for sygeplejersken, at hun må fremlægge patientens helbredsproblemer på en måde, så lægen ikke kan bebrejdes, at han ikke har tilkaldt en specialist. Sygeplejersken må gerne fremlægge forskelligartede problemstillinger, som falder udenfor det kirurgiske domæne, men der falder dom, hvis hun fremlægger for almene helbredsproblemer, som risikerer at fratage lægen legitimiteten som speciallæge (som f.eks. at bede lægen ordinere paracetamol). Specialiseringen fungerer i denne forståelse som en distinktionsmarkør, som fremhæver det særegne ved kirurgen og adskiller ham til forskel fra de andre læger både indenfor og udenfor det kirurgiske hierarki. Da jeg taler med lægerne om det, accepterer de, at de må forholde sig til problemstillinger, der falder udenfor deres speciale, når patienterne er indlagte. En læge forklarer det på denne måde:

”Det her – det er ikke noget... det kan jeg måske justere med en lille bitte pille, men det her – det er noget, som godt kunne være svært og som godt kunne være farligt, ergo sender jeg til specialist...En anden gang så har patienten måske ondt i maven, så bliver han sendt til kirurg. Det er ligesom edderkoppen i sit spind. Det må vi også acceptere, at vi er der ligesom deres praktiserende læge, når de er indlagt”.

Alligevel kan det være vanskeligt for den højtspecialiserede kirurg at skulle tage sig af almene helbredsproblemer.

Et eksempel:

En overlæge, som er kendt for at have et højtspecialiseret subspecialt som sit, er på stuegang. En patient, som er blevet opereret for et mavesår, spørger lægen, om han på de røntgenbilleder, der blev

²²⁸ Det kan f.eks. være en patient med vandladningsbesvær, der skal tilses af en urolog eller patienten med hjernemetastaser, der skal vurderes af en neurokirurg.

taget i forbindelse med denne maveoperation, har kunnet se, om der var noget på hendes rygsøjle, for hun har i mange år haft dårlig ryg, og det kunne være interessant, om lægen havde kunnet se noget. Hun gad nok vide, om det var en *iskus*.

"Det er der ikke noget, der hedder", siger lægen. Døren går op, lægen afbryder og siger: *"Nå, nu skal jeg ned og operere"!* Lægen går hen mod døren. Det viser sig nu, at det var en stud. med., der skulle lægge en adgangsvej i en blodåre på patienten ved siden af.

På den ene side kan det tolkes sådan, at overlægen kropsligt ved, at han skal holde sig parat, for der ventes. Operation har absolut primat, hvorfor stuegangen må vige. På den anden side kan det at blive kaldt til en operation legitimere, at han ikke behøver at forholde sig til et alment helbredsproblem, som står i kontrast til hans højtspecialiserede kvalifikationer eller i det mindste et helbredsproblem, og som ligger udenfor hans speciale. At lægen har magten til at påføre sin definition af situationen som den rigtige kom her til udtryk overfor patienten, men ytringen inkorporeres i sygeplejersken og lagres i sygeplejerskens krop sammen med mange andre lignende situationer. Sygeplejersken må afkode specialiseringens funktion for lægen, hvis hun vil undgå at blive forvist til sin plads og dermed få flere diasporaerfaringer.

Hvor lægerne producerer undersøgelser, behandling og tilsyn fra andre speciallæger, har sygeplejerskerne i den anden ende som nævnt en betydelig opgave med at holde styr på de mange tilsyn og henvisninger til de øvrige specialister i huset. I det hele taget har sygeplejersken mange arbejdsopgaver forbundet med koordinering af plejeopgaver i almindelighed og med forvaltning af behandlings- og undersøgelsesinitiativer i særdeleshed. Derfor må hun bruge meget tid på kontoret væk fra patienten. En sygeplejerske fortæller:

"Jeg synes mange gange, at sygeplejersker arbejder lidt som en blæksprutte. Man er jo den, der sørger for at få koordineret undersøgelser og få inddraget de forskellige samarbejdspartnere, så det er klart, at man er nødt til at have noget kompetence i at koordinere, ikk'?"

Lægen opfatter sig selv som en edderkop i sit spind (der snedigt og klogt sidder og trækker i trådene?). Sygeplejersken bruger metaforen at være en blæksprutte. Begge selvbilleder giver indtryk af at være den styrende, den der sidder med tømme.

6.6.6. Sygeplejersken i det kirurgiske hierarki

Den lægelige specialisering har et indbygget hierarki, som har afsmittende betydning for, hvilke arbejdsopgaver der så at sige sættes til salg hos den næste faggruppe i hospitalshierarkiet: sygeplejerskerne. Lægernes interne værdisætning af deres arbejdsopgaver kan delvis aflæses af den plads, den enkelte læge qua sin anciennitet er tildelt rundt om conferencebordet om morgenen og ved den efterfølgende røntgenkonference. De opgaver, som reservelægerne tager sig af, er de mindst prestigefyldte.

Konferencerummet er placeret på 'lægegangen' længst væk fra sengeafsnittene. Et stort rektangulært bord står midt i lokalet. For den ene bordende står to læderkontorstole; på den bedste og mindst slidte sidder klinikchefen, (professor, dr. med.) på den næstbedste sidder den akademiske professor. På de øvrige stole tættest på professorerne sidder overlægerne, afdelingslægerne, herefter første reservelægerne og reservelægerne; stud. med.'erne sidder længst væk.

Ved morgenkonferencen fortæller sidste døgn's vagtbærende læger om akut indlagte patienter, og hvis der har været akutte operationer gives en fremstilling af disse patienters status. Her drøftes strengt kirurgiske anliggender. Vægten bag ordene svarer til den placering, den enkelte læge har i hierarkiet.

Som udenforstående fik jeg anvist en plads i siden nedadtil mod reservelægerne. Efter konferencen opløses forsamlingen, og der drikkes kaffe hos henholdsvis 'de store' og 'de små'. Lægerne spøger med betegnelserne overfor mig, som om de er lidt forlegne over det tydelige hierarki.

Ved røntgenkonferencen er mønsteret det samme: En røntgenoverlæge fremviser gårsdagens billeder. Tættest på sidder klinikchefen, herefter overlæger og så fremdeles. Reservelægerne sidder på bageste række.

Konferencerummet er lægernes hjemmebane, det vil sige, at rummet definerer udenforstående en plads. Det har sygeplejerskerne fået at føle. En af afdelingssygeplejerskerne fortæller, at der en gang om måneden afholdes en tværfaglig konference i konferencelokalet for læger og sygeplejersker. Det er dog et stykke tid siden, at en sådan konference har været afholdt, men det er intentionen²²⁹. Afdelingssygeplejersken fortæller:

²²⁹ Der blev ikke afholdt nogen konference, i den tid jeg foretog mine observationsstudier.

” Det er sjældent patienterne, vi drøfter, men dette og hint i afdelingens drift. Men det er endt med, at det kun er afdelingssygeplejerskerne, der går derhen, fordi de menige sygeplejersker kan ikke fordrage det, fordi det er sådan en pudsigt ting...når man kommer ind i konferencerummet, og de (lægerne KH) sidder der på deres faste pladser ordnet i et hierarki, så kommer de stakkels sygeplejersker.....det er en ubehagelig fornemmelse at sidde der.....Lægerne sidder sådan lidt henslængt og ved egentlig ikke rigtigt, hvad de laver dérmine (sygeplejerskerne, KH) de nægter at gå med. DET vil de simpelt hen ikke udsætte sig selv for én gang til”. Konferencerummet er åbenbart så mættet af lægernes symbolske vold, at det er for overvældende for sygeplejerskerne. Uden mulighed for at sætte en dagsorden på lægernes hjemmebane vælger de ’menige’ sygeplejersker at blive væk. Hvis en tværfaglig konference overhovedet finder sted, går kun afdelingssygeplejerskerne med. Her fristes man til at tage definitionen af fag som havende en ædende egenskab for pålydende (som beskrevet side 11). Måske er det for ikke at blive ædt op, at sygeplejerskerne holder sig væk ?

I det følgende giver jeg en beskrivelse af, hvordan det går til, at forskellige lavtrangerende lægeopgaver lander hos sygeplejersken.

6.6.7. Lavt rangerende opgaver i det kirurgiske hierarki parkeres hos sygeplejersken: Anlæggelse af venflon²³⁰

Anlæggelse af venflon har tilbage i tiden været reservelægearbejde, men her er sket et skred. En første reservelæge siger f.eks.: *”Stuelægearbejde – skrive journaler, lægge venflon og alt det pjat dér – det har vi for tiden en stud. med. til at gøre for os”*. Men om aftenen og om natten er der flere og flere sygeplejersker, der lægger venflon. Som reservelægen siger: *”Nu er sygeplejerskerne blevet bedre til at hjælpe med det”*. Reservelægen mener, at det helt klart er sygeplejerskearbejde *”Jeg anser venflon som adgang til medicinering og dosering af medicin. Det er sygeplejersken (der bør gøre det, KH). Ikke mindst fordi lægedækningen er så tilpas dårlig, at hvis vi står til en levertransplantation i 6 timer, så betyder det, at der er patienter, der ikke får deres planlagte medicin i minimum 6 timer, fordi de (sygeplejerskerne, KH) ikke selv kan lægge en venflon. Og ret beset er det jo også interessant at kunne mere som sygeplejerske, tage A-punkturner²³¹, tage blodprøver osv.”*

²³⁰ Et tyndt plastikrør der føres ind i en blodåre.

²³¹ Blodprøvetagning i en arterie, der fordrer en særlig teknik.

Set i det perspektiv at patienten må vente på at få sin medicin, fordi lægen 'står fast' på operationsafdelingen, virker det indlysende, at andre end lægerne må løse opgaven – af hensyn til patienten. Men lægen argumenterer udfra, at patienterne dagligt må vente 6 timer på at få deres medicin, fordi lægen redder liv ved at udføre en højt specialiseret operation, hvilket i forhold til det reelle antal transplantationer måske var en smule overdrevet²³².

At lægen siger, som han gør, forklarer jeg derfor også udfra, at opgaven rangerer lavt i det kirurgiske hierarki. Ifølge reservelægen er *at kunne mere* angiveligt det samme som at bevæge sig opad i hierarkiet og ind på lægens arbejdsområder. De to afdelingssygeplejersker (A og B) sagde følgende om, at sygeplejersker lægger venflon:

A: *"De fleste sygeplejersker gør det ikke, fordi de er benovede over at få den opgave på sig. De gør det for at få en løsning på tingene"*

B: *"...For at være fleksible.. (griner lidt ironisk)"*

A: *...i mindelighed og på rimelig vis. Men mange føler også, at de er nødt til at gøre det. Og dem, der ikke gør det, står i et dårligere lys i forhold til lægerne. Hvorfor er der nogen, der er fleksible og smidige, og hvorfor er der så en dum finke, som ikke gør noget selv."*

B: *Ja, så hedder det, at de er fagligt inkompetente, dem der ikke vil."*

Her er altså ikke tale om, at sygeplejerskerne aktivt kæmper for at få opgaven med at lægge venflon. Opgaven 'parkeres' hos sygeplejerskerne, fordi lægerne frasiger sig den. Og fordi sygeplejerskerne ikke ønsker at stå i et dårligt lys overfor lægerne ved at sige nej. Her er det vanskeligt at fremanalysere et modstandspotentiale.

Dette mønster går - med små variationer - igen ved opgaverne "medicinadministration", "blodprøvetagning udenfor runderne" og "ernæringsscreening".

6.6.8. Medicinadministration

Medicinadministration, som lægen således betragter som sygeplejerskens arbejde, rangerer derfor heller ikke højt på lægens skala over interessante opgaver. Det er sygeplejersken, der sørger for at administrere patienternes medicin, men lægen har til opgave at sikre, at de løbende ordinationer er korrekt førte og underskrevet på et separat medicinskema, som

²³² Det er meget forskelligt, hvor mange transplantationer, der udføres om året i den kirurgiske klinik. I 2001 blev der transplanteret 27 patienter, i 2002 regner man med, at tallet når op på 37. Ca. hver 10. dag foretages en levertransplantation, der kan beslaglægge lægens tid på denne måde. Det vides ikke, hvor mange af disse transplantationer, der blev foretaget i aften- eller nattevagten, hvor det ville være lægen, der i givet fald skulle lægge den omtalte venflon. Det er således ikke en dagligdagssituation, der argumenteres udfra.

sygeplejerskerne uddeler medicinen efter, og som opbevares sammen med sygeplejeturnalen. Men oftest udfører sygeplejersken disse lægeopgaver. Hun har lært spillet, hvor hun kropsligt ved, at lægen kan 'banalisere' det, hun bringer frem på stuegang. Bourdieu taler om *bodily hexis*²³³, som er kroppens modsvar på de sociale og materielle betingelser – i dette tilfælde om 'noget' var passende at bringe op til stuegang, eller om hun vises på plads. Lægens sanktioner er inkorporeret som dispositioner, som gør, at sygeplejersken undlader at bede lægen om at sætte deres initialer de rigtige steder etc. I stedet har hun overtaget opgaverne fra lægen.

Interessant nok var social- og sundhedsassistenterne særligt nidkære med hensyn til at få lægerne til påtage sig deres andel af arbejdet med medicinadministrationen. I modsætning til sygeplejerskerne bad de vedholdende lægerne om deres "autografer", som de kaldte deres underskrifter etc. Endnu (?) har social- og sundhedsassistenterne ikke helt på samme måde inkorporeret den devaluering, der er sket med disse opgaver. Heller ikke her ses der et tydeligt modstandspotentiale. Her vil jeg snarere tale om undvigemanøvrer.

6.6.9. Blodprøvetagning udenfor 'runderne'

Antallet af bioanalytikere er som nævnt skåret ned, hvilket har udløst en ny opgave, som læger og sygeplejersker kæmper for at blive fri for. En sygeplejerske siger: *Det er forvagt²³⁴, der skal gøre det (tage blodprøver udenfor runderne, KH), og hvis de står på OP, eller der kommer en akut patient, og lægen laver noget andet, så... De sygeplejersker der kan – og der er flere og flere af dem, der kan – gør det.*

I forbindelse med feltobservationerne iagttog jeg en sygeplejerske, som selv havde taget nogle ordinerede blodprøver, uden at hun forinden havde forsøgt at få en læge til at gøre det. Da jeg spurgte om, det var hende, der havde taget dem, sporede jeg en anelse stolthed, som er vanskelig at beskrive. Det er det let undertrykte smil, den lidt forlængede pause, det lidt urolige kropssprog, da hun svarer *ja, for det var vigtigt for patienten, at de prøver blev taget nu*²³⁵.

²³³ Et modsvar bliver til permanente dispositioner, som aflæses i agenternes måde at stå, tale og gå på og derfor også måder at tænke og føle på. Bourdieu, 1997, s. 69 – 70.

²³⁴ Reservelægen, der sammen med en bagvagt (første-reservelæge eller overlæge) har vagt og tager sig af akut opståede problemer og akut indlagte patienter.

²³⁵ Der var tale om såkaldte *venyler*, som skal afsløre hvilken medicin en patient med blodforgiftning, skal i behandling med.

Her ville det i sagens natur have været en umulighed at spørge til, om hun også var en lille smule stolt over at kunne gøre noget af det arbejde, som traditionelt var lægens. For at kunne forstå og forklare denne handling må der brydes med sygeplejerskens udsagn om, at det er bedst for patienten, og at hun ønsker at få en løsning på tingene, som en af afdelingssygeplejerskerne sagde. Sygeplejerskens erfaringer med de sociale og institutionelle betingelser rekonstrueres. Den gangbare kapitalform – diagnose- og behandlingsrelateret viden og færdigheder er over generationer i hospitalet som institution inkorporeret i sygeplejersken som en 'bodily hexis'. En del af forklaringen kan da være, at sygeplejerskerne forsøger at erobre de arbejdsopgaver, som traditionelt lægger sig op af den medicinske højborg ved at tage de nye arbejdsopgaver på sig, som traditionelt hører under lægens kompetenceområde. På denne måde betjener sygeplejerskerne sig af en strategi, hvor man prætenderer at besidde den herskende classes kapitalformer, dvs. opgaver der relaterer sig til behandling og diagnose²³⁶.

Men heller ikke her var der tale om, at sygeplejersken frivilligt har valgt at tage den opgave på sig.

6.6.10. Ernæringsscreening

Ernæringsscreening²³⁷ er den sidste opgave, jeg vil fremhæve, som lægen også overlader til sygeplejersken. En sygeplejerske fortæller: *"Det er vedtaget, at man skal ernæringsscreene alle patienter, og så har man fra starten vedtaget, at det var lægerne, der skulle gøre det, og de gør det ikke. Og hvem skal så gøre det ? Hvis det bliver gjort, så er det os, der gør det. Ellers bliver det ikke gjort"*²³⁸.

Min egen erfaring er, at der ikke har været tradition for, at ernæring har været højstatus område hverken blandt lægerne eller plejepersonalet. I sengeafsnittene varetog en deltidsansat sygehjælper opgaven med at opøse maden ved madbufféen og vejlede patienter om valg af passende fødeemner. På hendes fridage var opgaven uddelegeret til en social- og sundhedsassistent og ikke en sygeplejerske. En social- og sundhedsassistent sagde i et lidt

²³⁶ Netop strategier der stræber efter anerkendelse, der er knyttet til den borgerlige kultur, præntationen, fandt Bourdieu hos middelklassen i undersøgelsen af livsstile, *Distinction*, 2002, s. 247.

²³⁷ At ernæringsscreene vil sige, at der indsamles forskellige data om patientens madindtag, højde og vægtudvikling samt fysiske tilstande. Udfra standard parametre foretages en riskikovurdering af patientens ernæringstilstand (underernæring er største risiko hos de mange cancerpatienter) og hensigten er, at læge og sygeplejerske planlægger indsatsen i fællesskab.

²³⁸ Opprioritering af patienters ernæringstilstand er en politisk beslutning og er som sådan dikteret "ovenfra" som resultat af en erkendelse af, at en uforholdsmæssig stor del af hospitalsindlagte patienter er underernæret.

ironisk tonefald: *"Jeg er udnævnt til at tage buffeten"*. Her tolker jeg, at hun var bevidst om, at opgaven ikke var prestigefyldt.

Når opgaven med at ernæringsscreene patienterne blandt lægerne rangerer lavt, kan det skyldes, at noget så elementært som mad i høj grad falder udenfor den specialisering, som er inkorporeret i lægerne. Desuden har denne opgave konnotation til det kvindelige domæne, hvor kvinde står i relation til mand, homologt med relationen sygeplejerske/social- og sundhedsassistent overfor læge.

I modsætning til sygeplejerskerne har lægerne muligheden for at vælge og dermed tage afstand fra nødvendigheden, sådan som Bourdieu og hans forskere også fandt det hos overklassen i undersøgelsen af, hvordan folk deler sig ved hjælp af livsstile og smagspræferencer²³⁹.

Nogle sygeplejersker fremførte, at det var et problem, at der ikke fulgte ressourcer med i forbindelse med, at disse opgaver nu mere eller mindre blev varetaget af sygeplejerskerne: F.eks siger en sygeplejerske: *"Jeg synes da også, man hele tiden skal overveje... for mange opgaver kan man jo godt lave som sygeplejerske, ik' ? Men der skal jo følge ressourcer med hele tiden. Det er jo derfor, man siger nej....det er jo ikke altid, at man tænker tanken, at det her, det er noget, vi skal. Det er bare noget, der siver igennem, og så...er det lige pludselig noget, man gør i afdelingen, ikk' ?"*

Når sygeplejerskerne på trods af en lønarbejder-modstand²⁴⁰ har taget opgaverne på sig, er det sket ved, at lægernes afvikling af opgaverne enten været trukket i langdrag (at lægge venflon, tage blodprøver i vagterne etc.), og dermed nedprioriteret i forhold til andet arbejde, eller også har opgaverne ganske enkelt ikke været løst (registrere medicinadministration og ernæringsscreene). Sygeplejerskerne har så udført opgaverne *"for ikke at blive kaldt fagligt inkompetent eller en dum finke, som ikke gør noget selv"*.

I denne form for opbrud af grænser mellem behandling og pleje er det svært at få øje på de frigørende kræfter eller det modstandspotentiale, som var en af grundene til, at jeg ville inddrage Stuart Hall i analysen. Jeg vil vende tilbage til spørgsmålet om modstandspotentialet i fremstillingen af sygeplejerskens samarbejde med social- og sundhedsassistenten. Inden da vil jeg give et eksempel på, at der dog var en nedre grænse for, hvilke lægedefinerede opgaver sygeplejersken ville acceptere, at lægen påførte hende. Eksemplet indeholder også en

²³⁹ Distinction, 2002, s. 247 – 249.

²⁴⁰ For uddybning se Thomas Højrup's livsformsanalyse i *"Det glemte folk: livsformer og centraldirigering"*, 1989.

beskrivelse af en strategi, sygeplejersken tog i anvendelse, når hun for alvor ville trække en streg i sandet.

6.6.11. Et eksempel på en afvisningsstrategi i relation til 'hvor er journalen'

Jeg fandt i materialet, at den situation, hvor lægen - som mere 'på besøg' end den hjemmevante sygeplejerske - har brug for at få fat i patientens journal, kan være særlig konfliktfyldt. For at forstå og forklare hvilke konflikter, der kan ligge i, at lægen spørger efter patientens journal, må man forstå den symbolbetydning, journalen har. Journalen er principielt lægens arbejdsredskab²⁴¹, som indeholder alle lægeordnede undersøgelser og behandlinger samt svar og konklusioner på selv samme. Sygeplejersken har ikke lov at skrive i journalen, hvorfor journalen i princippet markerer en symbolsk grænse mellem dem, der er meningsberettigede og dem, der ikke er. Lægejournalens på én gang in- og ekskluderende funktion betyder dog ikke, at sygeplejersken kan holde sig væk fra journalen. Hun er afhængig af at kunne SE i den for at holde sig ajour med blodprøvesvar, ordnede og udførte undersøgelser og behandlinger. Sygeplejersken må på den ene side være tæt på, men på den anden side må hun være på afstand af journalen.

Jeg fandt flere variationer over temaet, hvor lægen spørger efter journalen, hvor sygeplejerskerne havde udviklet forskellige strategier til at modstå dominansforholdet.

På lægens spørgsmål om, "*hvor er Y's journal*" ? sagde en sygeplejerske f.eks. til lægen i et venligt tonefald, at journalen lå under sengenummer dit og dat og med en håndbevægelse udpegede hun, hvor journalvognen lå²⁴². Underforstået at lægen med disse anvisninger var hjulpet på vej til selv at finde den frem.

Eller - som jeg så det i en anden afdeling, hvor jeg fulgte med en overlæge - kunne sygeplejersken uden at kigge op fra sit arbejde med at læse i nogle papirer på kontoret svare på lægens spørgsmål om, hvor H.'s journal var: "*Alle patienternes navne er på tavlen*" (underforstået, at når navnene er oplistet på 'tavlen' med stuenummer og plads, kan man også identificere, hvor i journalvognen patientens journal kan findes).

²⁴¹ Når der tales om journalen i bestemt form, menes der lægejournalen. Plejedokumenterne omtales typisk som sygeplejekardex, men flere sygeplejersker brugte også betegnelsen sygeplejejournalen.

²⁴² Lægejournalerne var ordnet i stuegangsvognen efter patienternes stue- og sengeplacering.

En anden variation var f.eks. eksemplet fra afsnit 6.6.4., hvor lægen med en håndbevægelse, som hyppigt er brugt overfor børn, forlanger, at sygeplejerskerne fremskaffer journalen på minuttet; sygeplejersken slog en ironisk tone an: *"Har lægerne ikke lært at tale pænt"*

Det følgende er et eksempel på, hvordan jeg har tolket, at sygeplejerskerne meget manifest afviser lægens dominans.

To reservelæger sidder efter morgenkonferencen ved kaffen 'hos de små' og udveksler erfaringer med at gå på tilsyn på en bestemt afdeling på hospitalet, hvor de begge har oplevet, at sygeplejerskerne er meget lidt hjælpsomme, når de kommer udefra og ikke er kendt med afdelingen.

Læge-1: *De (sygeplejerskerne KH) ringer og beder om et til tilsyn, så jeg kommer, og sygeplejersken sidder med stængerne oppe* (viser på en karikeret måde, hvordan det ser ud, når man sidder med benene oppe på et bord).

Hun taler helt klart privat. Jeg spørger ikke engang om noget – altså hvor er patienten og den slags. Hun peger bare (viser hvordan med tommeltotten huggende to gange bagud. Jeg går ud fra, at der menes i den retning, hvor journalerne ligger).

Læge-2: *De er så stride på den afdeling, det har jeg godt hørt.*

Læge-1: *De tager ikke engang EKG deroppe.*

Her er der virkelig tale om modstand fra sygeplejerskens side. Den ene læge uddyber senere sin oplevelse, hvor han fortæller, at nogle læger hader at komme på den pågældende afdeling.... *"og dem, der havner der, er der jo kun, fordi de bliver pålagt det i forbindelse med uddannelsen"*.

Her har sygeplejerskernes afvisningsstrategi, ifølge lægens udsagn, fået konsekvenser for lægernes kvalitative opfattelse af arbejdsmiljøet på den pågældende afdeling. Om det ligefrem har fået konsekvenser for rekrutteringen af læger til den pågældende klinik, som lægen antyder, har jeg ikke undersøgt. Lægen tolkede sygeplejerskens strategi som ligegyldighed og disengagement overfor patienterne generelt: *"Hun har jo grundlæggende ikke interesse i, hvad der sker med hendes patienter. Ret beset er hun jo ligeglad"*, sagde han. Noget tyder på, at der var blevet rokket ved autoritetsstrukturen mellem læger og sygeplejersker. Det kunne være interessant at undersøge, om det også var tilfældet i relationen mellem sygeplejerskerne og de fast tilknyttede læger.

Jeg har nu foreløbig afsluttet fremstillingen af mine fund omkring sygeplejerskens tværfaglige samarbejde med lægen. I det følgende skal jeg fokusere på sygeplejerskens samarbejde med social- og sundhedsassistenten.

I mit materiale fandt jeg, at opgaverne med at tage blodprøver, venyler og lægge venflon ikke har været forsøgt overtaget af social- og sundhedsassistenterne. Begrundelsen var, at opgaver med at håndtere patientens intravenøse adgange klart lå udenfor social- og sundhedsassistentens ansvars- og kompetenceområde. Til gengæld har jeg fundet, at der er mulighed for, at social- og sundhedsassistenterne kan foretage komplicerede sårskiftninger og stomibandageringer, og der er ligeledes mulighed for, at social- og sundhedsassistenten 'kan få lov' til at uddele medicin og gå stuegang. Netop de to sidste arbejdsopgaver har traditionelt ligget tæt ved den medicinske højborg, hvorfor det umiddelbart kan undre, at der er blevet 'solgt ud' af sygeplejerskerne. I det følgende vil jeg sandsynliggøre, at sygeplejerskerne på trods af 'udsalget' alligevel får noget igen.

6.7. Sygeplejerskens tværfaglige samarbejde med social- og sundhedsassistenten

Social- og sundhedsassistenten har som nævnt en baggrund som social - og sundhedshjælper eller, som det var tilfældet for to af social- og sundhedsassistenterne, som sygehjælper.

Det betyder, at der hos social- og sundhedsassistenten med rette er skabt en forventning om, at man som social- og sundhedsassistent kan påtage sig arbejdsopgaver, som udvider det hidtidige kompetenceområde.

I de pågældende afsnit var de nye arbejdsopgaver kompliceret sårpleje, bandagering af stomier, uddeling af medicin og i visse tilfælde at gå stuegang. Desuden skulle en social- og sundhedsassistent kunne have det overordnede ansvar for "stabile patienter", men netop denne definition gjorde afgrænsningen vanskelig i praksis. En afdelingssygeplejerske sagde: *"Vi har praktisk talt kun ustabile patienter, ellers ligger de ikke hos os"*. I de to sengeafsnit var der netop igangsat et beskrivelsesarbejde af de arbejdsopgaver, en social- og sundhedsassistent skulle være i stand til at varetage, men arbejdet var kompliceret af, at der skulle tages hensyn til individuelle kompetencer hos de enkelte social- og sundhedsassistenter. Som en afdelingssygeplejerske sagde: *"Der kan være overordentligt store forskelle mellem de forskellige so-su'er i den samme afdeling"*.

Denne forskellighed sammen med den vanskelig definerbare "stabile patient" betyder, at der foregår en lang række af små forhandlinger i løbet af en arbejdsdag, hvor sygeplejersken i princippet er den, der afklarer og sanktionerer, om en social- og sundhedsassistent kan eller

ikke kan give en bestemt type medicin, skifte lige netop den type bandagering, modtage en patient i afdelingen etc.

Denne forskellighed oplever social- og sundhedsassistenterne som et pres. Ikke så meget i forhold til, at de konkurrerer indbyrdes. Her anerkender de tilsyneladende, at nogen eksempelvis 'må' gå stuegang og andre ikke. En social- og sundhedsassistent siger:

"Det har jeg det helt fint med. Hun (den anden social-sundhedsassistent KH) har bare nogle andre forudsætninger. Nu har hun jo også været på den her afdeling i rigtig mange år, så hun kender jo specialet ud og ind". Til gengæld oplever social- og sundhedsassistenterne, at det er et pres i forhold til sygeplejerskegruppen, at de ofte skal forklare, hvad de kan og ikke kan, hvad der er aftalt med afdelingssygeplejersken, de må gøre og ikke gøre. Dette forhold er sygeplejerskerne opmærksomme på.

En sygeplejerske fortæller:

"Jeg havde foreslået en social- og sundhedsassistent, at der var nogle ord skrevet ned om, hvad det var for noget udvidet kompetenceområde for ikke... for også, at hun kunne slippe for alle de spørgsmål, altså...hvad MÅ du ,altså (viser med tonefaldet, at der ikke er nogen grund til at gøre det så besværligt). Men det var hun ikke enig i, for altså hun syntes, det var at gøre et nummer ud af hende. Hvad U. (navnet på sygeplejersken der taler, KH) måtte kontra en nyuddannet sygeplejerske, det var sikkert også forskelligt, så derfor tror jeg ikke, at hun syntes, at det ville være så fint".

Sygeplejersken er her tilsyneladende parat til påtage sig en administrativ og vejledende opgave. Men denne forskelsbehandling frabeder social- og sundhedsassistenten sig. Social- og sundhedsassistenten ønsker jo netop at udjævne forskellen, her lykkes det med andre ord ikke sygeplejersken at etablere en distinktionsmarkør.

Sygeplejerskerne siger, at de oplever det som en udfordring, at social- og sundhedsassistenternes kompetenceområde ikke er skarpt afgrænset: En sygeplejerske formulerer det sådan her:

"De må ikke det samme. Det er individuelt, hvad en so-su-assistent må og ikke må i et givent afsnit. Det er i høj grad noget, du bliver nødt til at tænke over i dagligdagen, men derfor synes jeg ikke, det er et problem. Det er en del af en ny hverdag, fordi sådan er det nu. De nye skal også lære det, og det skal so-su'erne også".

Her anes betydninger, der svarer til de toneangivende sygeplejerskers retorik om tværfagligt samarbejde. Forskellighed, foranderlighed og nødvendigheden af at tænke nyt hører tilsyneladende med i sygeplejerskens oplevelse af 'en ny hverdag', som hun vil gøre sit til at være på forkant med.

Flere sygeplejersker giver udtryk for, at det er vigtigt, at social- og sundhedsassistenterne oplever, at de får noget mere kompetence, *"ellers er det jo ikke givtigt for dem at være her"*. (To social- og sundhedsassistenter har fortalt, hvordan de har sagt op på andre afdelinger, fordi de ikke fik mulighed for at udnytte deres udvidede kompetence). Endelig siger en sygeplejerske, at de på grund af sygeplejerskemangel på længere sigt er nødt til at oplære andre til også *"at gøre de her ting"*. Denne sidste udtalelse kan også ses som en distinktionsmarkør – sygeplejerskerne adskiller sig ved at være eksklusive, en mangelvare, der efterspørges²⁴³.

Jeg stødte ikke på udsagn fra sygeplejerskerne om, at social- og sundhedsassistenterne kunne udgøre en trussel mod sygeplejerskernes monopol på visse arbejdsopgaver. Sygeplejerskerne var tilsyneladende interesseret i ikke alene at lade social- og sundhedsassistenten overtage nogle af sygeplejerskens traditionelle arbejdsopgaver, men de var også parate til at påtage sig ekstra opgaver i form af en administrations- og en undervisningsopgave. Her slår en lønarbejderindstilling åbenbart ikke igennem. Hvorfor gør den så, når lægen påfører sygeplejersken arbejdsopgaver? Eller spurgt på en anden måde: Hvad er det sygeplejersken får, som gør vejlednings- og administrationsopgaverne vedrørende social- og sundhedsassistenterne attraktive?

For at besvare dette spørgsmål vil jeg give et eksempel på, hvordan det kan se ud, når sygeplejersken udfylder rollen med at vejlede social- og sundhedsassistenten i at varetage de nye funktioner.

6.7.1. Sygeplejerskens håndtering af "en ny hverdag" – social- og sundhedsassistenten oplæres i de nye funktioner

Afdelingssygeplejersken (på det ene afsnit) uddelegerede arbejdsopgaver til plejepersonalet, alligevel pågik der løbende forhandlinger mellem social- og sundhedsassistenten og sygeplejersken om, hvorvidt den enkelte social-sundhedsassistent skulle påtage sig en konkret opgave.

²⁴³ Ikke at det er forkert, at der er sygeplejerskemangel.

Det kunne se sådan her ud:

Efter rapporten fra nattevagten går en sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent i gang med at planlægge dagens arbejde for en mindre gruppe patienter. Det foregår ved det ovale bord på bagkontoret, hvor der også sidder andre sygeplejersker, der forsøger at skabe sig et overblik over dagens arbejde.

Spl.: *N., Vil du tage medicin til O. ?*

So-su.: *Hvor meget skal han have ? Han skal ikke have en hel masse, vel ?*

Spl.: *Nej, det er vist bare det sædvanlige.*

So-su.: *OK, så tager jeg hans medicin.*

Spl.: *Vil du gå stuegang på O., eller vil du hellere være lidt bagved ?*

So-su.: *Ja, det er bedst, du går stuegang.*

Social- og sundhedsassistenten hælder medicin op til patient O., sygeplejersken hælder medicin op til de resterende 4 patienter i gruppen. Selvom det rationelt set er mere hensigtsmæssigt, at sygeplejersken ophælder til alle patienter, prioriteres det, at social- og sundhedsassistenten 'får lov'.

Der er tilsyneladende tale om en demokratisk forhandling, hvor der lægges op til, at social- og sundhedsassistenten kan beslutte, hvad hun vil. Men det er sygeplejersken, der har myndigheden til at påføre sin definition af situationen som den rigtige, hvilket er tydeligere i det følgende:

Efter at der har været stuegang på patient O., står læge, sygeplejerske, social- og sundhedsassistent (de to sidstnævnte fra ovenstående situation) og jeg på gangen udenfor stuen. Lægen bladrer i journalen og ser nu, at blodprøver, der afslører forekomsten af to bestemte blodsalte²⁴⁴, er forhøjet.

Læge: (til sygeplejersken) *Får han kalium ?*

Spl.: (til so-su) *Har du givet ham kalium her til morgen ?*

So-su.: *Ja, det mener jeg, jeg har.*

Spl.: *Det skal du ikke gøre, når han har sådan en høj kalium* (ser på so-su).

So-su.: *Jamen, hvordan skriver man så "pause" ?* (Jeg tolker det, som at so-su'en mener, at det ikke fremgik af medicinskemaet, at der skulle holdes pause med medicinen).

(Lægen dikterer til journalen, at patientens serum-kalium er høj, og at den skal *seponeres* =ophøre med at blive givet).

Spl.: *Det skal jeg nok prøve at vise dig bagefter* (venligt og hjælpsomt tonefald).

Da vi senere kommer tilbage til kontoret, giver sygeplejersken besked til sekretæren om, at en patient skal overflyttes til en anden afdeling. Lægen dikterer videre på nogle journaler.

Da lægen er gået, vil sygeplejersken vise social- og sundhedsassistenten det med den kalium, som hun åbenbart ikke forstod..

²⁴⁴ Serum-kalium og serum-natrium.

Sygeplejersken tager journalen og finder blodprøvesedlerne.

Spl.: *Nu skal du se. Når kalium er høj, skal patienten ikke have kaliumtilskud.* (Hun viser på blodprøvesedlen, hvor kalium kan aflæses).

Spl.: *Du kan se, den har været høj længe. Den her smider vi ud.*

(Der er 3 gamle sedler, som hun river i stykker en ad gangen. Blodprøvesvarene opdateres, så de gamle resultater fremgår på de nye sedler. Derfor giver det mening at kassere de gamle sedler, hver gang der kommer nye svar).

Spl.: *Når serum-natrium er lav, giver vi natrium i droppet. Sådan !* (Spl. kigger på so-su som tegn på, at nu er sagen udredt og afsluttet. So-su-assistenten tager journalen og kigger lidt på blodprøvesedlen.

So-su: *Hmm.*

Sygeplejersken går hen til papirkurven på forkontoret med de gamle sedler og begynder nu at give beskeder til sygeplejesekretæren om en patient, der skal overflyttes til en anden afdeling, en tilsynsseddel, der skal sendes og nogle blodprøver, der skal bestilles. Da sygeplejersken er gået lidt væk, siger so-su'en til mig:

So-su: *Jeg synes bare, vi plejer at skrive "0", og jeg var ikke klar over, hvordan vi skrev "pause".*

Ved at spørge en anden sygeplejerske finder jeg ud af, at social- og sundhedsassistentens opfattelse af, hvordan det kommunikeres, at der skal holdes pause med et præparat, er rigtigt forstået. Desuden får jeg også bekræftet min opfattelse af, at det ikke er kotume at checke blodprøvesvar, inden man deler medicin ud. Her stoler man på, at den, der har modtaget et evt. forhøjet blodprøvesvar, også tager ansvar for at kommunikere en evt. 'pause' ud i systemet. Om episoden siger sygeplejersken senere:

Det springende punkt er, at....det forklarer måske, hvad jeg mener med det...man har lært om de enkelte ting, at ...selvfølgelig vil man ikke altid kigge blodprøver igennem, inden man giver medicin om morgenen, det gør man ikke nødvendigvis. Men hvis man har fulgt O. en lille bitte smule, så ved man, at kalium er svingende, og så ville man checke, inden man giver, også fordi man kan se, at de foregående dage er der sprunget over rimeligt ofte, og så må man ligesom studse og sige, hvorfor det ?? Er det mon fordi, kalium er høj ?? (understreger med tonefaldet, hvor logisk det er). Og jeg tror måske, at...det kunne N. måske også have fundet på, men det er ikke sikkert, hun har den fornødne viden til at tænke i de baner.

Mig: *Nej...*

Spl.: *...måske kunne hun godt gå det skridt længere, det kan godt være, det var mit job lige at checke det inden....inden jeg sagde til hende, at hun bare kunne give...hælde medicin op til ham...til den patient.*

Mig: *Men du har så gjort det, fordi han var en stabil patient ?* (Jeg ønsker vel at vise forståelse for hendes disponering ?)

Spl.: *Fordi han har fået den her medicin længe, og fordi det er noget af det, N. er i gang med at videreudvikle...bl.a. at få det ind under.... sit område...at give medicin.*

Disse sekvenser er et eksempel på, hvordan sygeplejersken med disse individuelle forhandlinger positionerer sig i den dominerendes position i forhold til social- og sundhedsassistenten. At ville hjælpe social- og sundhedsassistenten til rette ser umiddelbart

ud som en imødekommenhed og hjælpsomhed fra sygeplejerskens side. Medicinadministration (behandling) og blodprøver (diagnoseredskab) er feltets gangbare symbolske kapitalformer. Ved at tage ejerskab for disse kapitalformer forstærkes sygeplejerskens overordnede position i relationen til social- og sundhedsassistenten, når sygeplejersken 'er nødt til' at vejlede hende i disse forhold. Vejledning og tilrettevisning bliver en distinktionsmarkør, som adskiller sygeplejersken fra social- og sundhedsassistenten. Forskelsrelationen understreges ved at sygeplejersken iscenesætter sig selv i vejledningssituationen som den, der bringer orden i de rodede papirer. Det er social- og sundhedsassistenten, der har taget fejl, og sygeplejersken bringer nu orden i uordenen. Ved den efterfølgende sekvens, hvor sygeplejersken forvalter de medicinske domæner og giver direktiver til sekretæren, gentager hun positioneringen, som hermed forstærker hendes overlegne position i relation til social- og sundhedsassistenten.

Ved den senere samtale erkender sygeplejersken, at hun måske selv havde et ansvar for, at patienten uhensigtsmæssigt fik kaliumtilskud, men i situationen handlede sygeplejersken ikke intentionelt, bevidst kalkulerende men kropsligt med en sans for at positionere sig gunstigt (ved at lægge afstand) i forhold til social- og sundhedsassistenten.

Ud fra Halls teori om artikulation kan sygeplejerskens tværfaglige samarbejde med social- og sundhedsassistenten forklares ud fra, at hun gør, som hun gør, fordi hun agerer i et stærkt struktureret rum, hvor medicinsk behandling er en del af det lægefaglige hegemoni. Men hun forsøger at modstå dette hegemoni ved at positionere sig med midler, som tildeler hende en overordnet position i relation til en laverestående faggruppe i hospitalshierarkiet. Det kan forklare, hvorfor sygeplejersken er parat til at påtage sig ekstraopgaver i samarbejdet med social- og sundhedsassistenten: Sygeplejersken får noget igen. Spørgsmålet er imidlertid, om modstandskraften er så stærk, at der bliver rokket afgørende ved autoritetsstrukturen? Det spørgsmål vender jeg tilbage til i konklusionen. Men inden jeg konkluderer vil jeg foretage en kritisk refleksion over måden, hvorpå mine empiriske fund er fremkommet. Hensigten er at lade en sådan form for selvrefleksion danne baggrund for materialets udsagnskraft, som skal ses som et forsvar mod uvidenskabelighed.

7. REFLEKSIONER OVER UNDERSØGELSENS TEORI OG METODE

*” Og på denne måde kan en idiotisk undersøgelse uden videnskabelig værdi tilvejebringe et fascinerende videnskabeligt objekt, hvis man i stedet for at tage resultaterne for pålydende, læser de tanke kategorier projiceret i resultaterne, som de producerede ”*²⁴⁵

Jeg har i afsnit 2.4. gjort rede for min erkendelsesinteresse i relation til at undersøge sygeplejerskens tværfaglige samarbejde. Broady taler om et kritisk oplysningsideal, hvor alle mennesker indrømmes en vis frihed ved i udgangspunktet at kende deres ufrihed²⁴⁶. Det er således denne ’ufrihed’ i min position, jeg har ønsket fra starten at kende eller måske snarere at bekende ved at inddrage Halls position, som giver mulighed for at fremanalysere sygeplejerskens modstandspotentialer uden at se bort fra de historisk bestemte sociale bindinger. Hall tillader med udgangspunkt i en social indignation, at der tages parti, hvilket jeg må siges at have gjort alene ud fra specialets spørgsmål, som er rettet mod sygeplejerskens praktik. At undersøgelsen derfor kan forekomme sidetung kan forklares ud fra specialets erkendelsesinteresse og mit ønske om at tage rollen som organisk intellektuel på mig.

Med Bourdieu kan forskerens relation til undersøgelsesgenstanden fremanalyseres, idet man med det indbyggede element af selvrefleksion og selvkritik i forskningspraktikken tvinges til bestandigt at spørge sig selv, hvordan egne dispositioner, symbolske investeringer og indsatser har bidraget til, at jeg har ’valgt’ eller snarere er blevet tildelt netop dette synspunkt. Men ved at inddrage Hall får man i højere grad afløb for de passioner, man måtte have for sin undersøgelsesgenstand, og man kan lene sig ved tanken om, at man som undersøger i kraft af egne præferencer og følelser af social indignation har truffet et bevidst valg i måden at anskue sine forskningssubjekter på. Bourdieus analyser rækker ud over forskerens gode vilje: Præferencer kan fremanalyseres ved at fortage kontinuerlige brud i forskningsprocessen. I relation til at foretage en empirisk undersøgelse udpeger Bourdieu således i højere grad end Hall, hvordan disse brud kan foregå (dog uden at give præcise anvisninger).

Men hvordan er det så gået for mig, hvor den gode vilje til at bringe mig selv på afstand for at etablere en videnskabelig forståelse og forklaring ikke har manglet ? Er det lykkedes, som

²⁴⁵ Bourdieu, 1998, s. 124.

²⁴⁶ Broady, 1991, s. 435.

Broady udtrykker det, på Münchhausen'sk manér at løfte mig selv op ved hårene²⁴⁷ ? En sådan bedømmelse må jeg i sidste ende lade andre om, men jeg vil her give nogle eksempler på nogle steder i analysen, hvor jeg ikke i selve situationen forstod og mestrede de socialt genererede skævvridninger. Mit kendskab til kulturen udstyrede mig med blinde pletter, som jeg først ved efterfølgende refleksion er blevet opmærksom på.

Som tidligere omtalt forekom det meget naturligt for mig, at alle signalerede at have travlt i den kirurgisk klinik. Jeg begyndte endda selv at opføre mig i overensstemmelse med, at der var nok at se til ! Jeg bevægede mig med hurtige skridt, og jeg var meget opmærksom på ikke at gå i vejen og stille spørgsmål på en måde, som kunne forsinke informanternes i deres arbejde.

Den samme naturlighed gjorde sig gældende, da flere sygeplejersker gav udtryk for, at det var bedst ikke at gå i gang med plejeopgaver hos patienterne, fordi stuegang kunne afbryde den givne arbejdsopgave. Umiddelbart forekom det også naturligt for mig, at det var sygeplejersken der måtte udsætte sin arbejdsopgave og patienten der måtte vente eller få en dårligere kvalificeret person til at udføre opgaven og ikke lægen, der skulle vente på at sygeplejersken var klar. I situationen kom dette alternativ slet ikke ind i mit synsfelt, som noget, der kunne være anderledes.

Det er en vanskelig sag ved egen kraft at løfte sig op med hårene. Her kunne jeg forestille mig, at et forskerkollektiv, som de hold, der forskede sammen med Bourdieu kunne være en hjælp i brudtænkningen. For nuværende kan jeg f.eks. ikke selv klart se, om der også sidder elementer af sygeplejeideologier i min analyse af f.eks. sygeplejerskens 'fravalg', hvor sygeplejersken kredser om kontoret for at holde sig parat frem for at passe den syge patient, som i min egen selvforståelse er det, sygeplejersker er sat i verden for.

Som dagene skred frem forsøgte jeg en næsten atomistisk standsen op. Jeg forsøgte at etablere en "hver-ting-til-sin-tid-tænkning", hvor jeg skærpede bevidstheden om min subjektive opfattelse - en indprentning af, at jeg faktisk syntes, noget var naturligt - for dernæst at lægge afstand til min umiddelbare opfattelse ved at spørge til mulighedsbetingelserne, til hvorfor det forekom så naturligt for mig. Alligevel var effekten af kulturen så massiv, at disse refleksioner ikke på de tre uger nåede at blive inkorporeret i nye handlingsberedskaber.

²⁴⁷ Broady, 1991, s. 439.

”Det er ikke forskeren/forskningen, der sætter dagsordenen på sine/dens præmisser; der er altid allerede en dagsorden, hvor forskeren placeres på de sociale agents præmisser”²⁴⁸.

For så vidt angår relationen mellem mig og informanterne havde jeg fra de første kontakter med klinikchefen og klinikersygeplejersken præsenteret mig som studerende, men jeg gjorde det samtidig også klart, at jeg var ansat som sygeplejelærer, og at det var på den baggrund, jeg havde interesse i at undersøge, hvordan det ser ud, når sygeplejersken praktiserer tværfagligt samarbejde. Jeg havde valgt en kirurgisk sengeafdeling, som jeg ikke selv kendte til i forvejen, men det viste sig hurtigt, at der dukkede flere sygeplejersker op, som jeg kendte fra det samarbejde, sygeplejeskolen har med praktikstederne, ligesom der var sygeplejersker, som jeg personligt havde undervist på sygeplejeskolen, da de var under uddannelse.

At blive kigget i kortene og overvåget af en person som kropsligt ved, hvad der foregår, må principielt vække ubehag. Agenten fratages så at sige retten til at være herre i eget hus, hvor det ellers ville være det naturligste for informanterne at have rollen som den hjemmevante og mig rollen som den fremmede gæst, som husherren har mulighed for at indtage den generøse værtsrolle overfor.

At jeg ikke kunne indtage rollen som den helt fremmede kom f.eks. til udtryk ved, at en sygeplejerske efter stuegang uopfordret på en indforstået måde forklarede mig, hvorfor hun ikke lige kunne svare lægen på, hvor mange milliliter sekret, der var produceret i patientens dræn på halvandet døgn. I forhold til social- og sundhedsassistenten kom det til udtryk ved en - i mine øjne - overdreven måde at bruge en indviklet fagterminologi på for at fortælle om forholdsvis enkle ting vedrørende en patients situation.

Informanternes ønske om at gøre et godt indtryk fremtvinger på den ene side, at feltets gangbare kapitalformer kommer til udtryk (at have styr på de objektive målbare data om patienterne samt medicinsk fagsprog). På den anden side kan den socialt genererede forskelsrelation mellem informanterne og mig som medvidende /merevidende undersøger gøre relationen så ubekvem for begge parter, at en tilvejebringelse af relevante data gøres om ikke umulig så dog besværlig og ubekvem for begge parter.

Den socialt genererede forskelsrelation mellem mig som undersøger og lægen som informant kom til udtryk på en anden måde, idet lægen havde definitionsmagten og dermed også magten

²⁴⁸ Callewaert, 1998, s. 121.

til overhovedet at ville acceptere at lade sig definere som et objekt for undersøgelse. F.eks. mente en overlæge, at jeg ikke ville ”få noget ud af” at følge ham i hans daglige arbejde. På samme måde mente en professor heller ikke, at jeg ville ”få noget ud af” at gå med til morgenkonferencen om fredagen”. Jeg resignerede. Min symbolske kapital rakte ikke. For det første er jeg sygeplejerske med en deficit i uddannelseskapitalen. Og selvom jeg er på vej med mere uddannelseskapital, så er den trods alt humanistisk og står på hospitalet under lægens naturvidenskabelige videnskabsideal. På lægens hjemmebane indtager jeg som humaniorastuderende med en baggrund som sygeplejerske en underposition i forhold til lægen²⁴⁹. Desuden er lægen vant til at træffe endelige afgørelser - også på tværs af sygeplejerskers ønsker, som vi har set det i eksempelvis prioriteringen af arbejdsopgaver. Derfor havde han myndighed til beslutte, hvad jeg som specialestuderende på et humaniorastudium kunne ’få noget ud af’. Ovenstående eksempler viser, rollen som tildelt og ikke som valgt var den eneste mulighed, jeg havde.

Set i bakspejlet må jeg medgive garvede antropologer, at etnografiske feltstudier forudsætter tilstedeværelse i lang tid i den pågældende kultur²⁵⁰. Mere tid ville have hjulpet mig til på en grundigere måde at have initieret, udviklet og vedligeholdt et såkaldt produktivt informantforhold²⁵¹, hvor informanterne kunne have vænnet sig til min ”note-taker-role”, og jeg omvendt kunne have reflekteret mere over mine strategier og have korrigeret dem.

F.eks. var jeg så forhippet på at ville afgrænse mig til at undersøge sygeplejerskens samarbejdspraktikker på sengeafdelingen, at jeg takkede nej, da en førstereservelæge tilbød mig at se ham udføre en særlig operation, som han omtalte som noget ganske specielt, og som kunne følges på en TV-skærm. Jeg forstod ikke, hvorfor han kom med netop dette tilbud, da jeg kort forinden havde fortalt, at det var det, der foregik på en sengeafdeling, der havde min interesse. Men jeg forstod åbenbart heller ikke før bagefter, at jeg havde forspildt en enestående for at få indblik i, hvad det var, lægen så gerne ville vise frem og også havde forspildt en chance for at etablere en for lægen tålelig relation med ham som informant, hvor han på sin hjemmebane kunne bevare rollen som værten. Om det alene var hensynet til min

²⁴⁹ Naturvidenskabens succeser i form af teknologiske og medicinske ’fremskridt’ spiller en afgørende rolle dels som demonstration af den menneskelige tankes kraft, som understøtter idealet om menneskets autonomi dels som metodologisk forbillede, som i øvrigt også ofte ses for den humanistiske forskning. For uddybning se Collin et al., 2002.

²⁵⁰ Hastrup og Ramløv, 1989, s. 7 –8, Hasse, 1995, s. 60, Knudsen, 1995, s. 21.

²⁵¹ Spradley, 1979, s. 45.

afmålte tidsplan, der gjorde hele udfaldet af min optræden, skal jeg ikke kunne afgøre. Måske ønskede jeg også at demonstrere, at jeg havde en vis autonomi i forhold til feltet, hvilket jeg teoretisk set godt vidste ikke var tilfældet, men først senere kropsligt har erkendt.

Særligt i relation til den magtfulde informant, har jeg måttet erfare, at det tager tid at få etableret en tålelig relation mellem forsker og informant, som begge parter kan leve med. Anne Knudsen²⁵² har på Korsika studeret indflydelsesrige mænds værdiunivers. Hendes erfaringer er, at kontakter til specielt en magtfuld gruppe skal dyrkes over tid:

”Man kan ikke ringe på gitterportene i de stilfærdigt kostbare villakvarterer, præsentere sig som dansk etnograf med et par interviewskemaer og regne med at blive lukket ind. Man kan heller ikke henvende sig ved rouletten i kasinoet eller ved bordene i de gode restauranter og regne med at lære nogen at kende”²⁵³.

Knudsen peger på nogle teknikker, hun har benyttet sig af i forskning blandt mennesker, som er højere placeret i det sociale hierarki end én selv, og som jeg som nævnt fandt særlig vanskelig. For så vidt angår etableringen af kontakten til indflydelsesrige informanter peger Knudsen på, at man ved hjælp af forskellige teknikker kan signalere, at man har styr på tingene. Man må gerne være lidt eksotisk, men der må ikke være tvivl om ens borgerlige kulturelle kapital. Hvis ikke man har den fra naturens side, anbefaler Knudsen, at man må tilegne den sig gennem læsning og iagttagelse. Under alle omstændigheder må man gøre sig interessant ved at vide noget - eksempelvis om litteratur, musik, opera, malerkunst, sport, mode etc.²⁵⁴ Man må være ordentligt klædt og gerne have et visitkort og en ordentlig adresse. Knudsen anbefaler også, at man kommer igen. At man ringer op og beder om et godt råd, og at man ikke skal spare på smigeren: *”Kvalmegrænsen ligger praktisk talt altid højere, end man bilder sig ind”²⁵⁵!*

Jeg er enig i, at visse ikoner for socialt tilhørsforhold kan være afvæbnende i forhold til den indflydelsesriges eventuelle ubehag ved at blive påduttet et ikke helt selvvalgt selskab, ligesom disse foranstaltninger kan være med til at imødegå en eventuel mistro overfor, om undersøgeren måtte have urelle hensigter. Men det er tvivlsomt, om disse adfærdsteknikker vil overvinde de kropsligt indlejrede koder for, hvordan det er passende at føre sig i en given

²⁵²

²⁵³ Knudsen, 1995, s. 21.

²⁵⁴ Ibid.

²⁵⁵ Ibid., s. 22.

situation. Hvis dispositionerne passer dårligt til de objektive betingelser, vil agentens sande habitus alligevel slå igennem²⁵⁶.

Og nu: Konklusionen på undersøgelsen.

8. KONKLUSION

Jeg har nu foretaget en empirisk undersøgelse af, hvordan sygeplejerskens udøvelse af tværfagligt samarbejde kan forstås og forklares. Eftersom toneangivende sygeplejersker i retorikken om tværfagligt samarbejde har skabt en forventning blandt sygeplejersker om, at opbrud af grænserne mellem specielt pleje og behandling skaber helt nye muligheder for sygeplejersker, har jeg været interesseret i at undersøge, hvordan en opblødning af faggrænser får indflydelse på autoritetsstrukturen. Derfor havde tværfagligt samarbejde mellem læge og sygeplejerske naturligt min opmærksomhed i den empiriske undersøgelse. Imidlertid var jeg også interesseret i at afklare de roller og positioner, som faggrupperne fra andre mellemlange videregående uddannelser havde i forhold til sygeplejersken, fordi der med CVU konstruktionen er lagt op til at prioritere tværfagligt samarbejde med netop disse uddannelser.

Der er tale om en kvalitativ undersøgelse, og fundene er ikke repræsentative i gængs forstand på grund af den vilkårlighed, der ligger bag udvælgelsen af informanter og afdelingen. Hvorvidt fundene fra denne undersøgelse kan genfindes på andre hospitalsafdelinger, må andre empiriske undersøgelser vise. På den kirurgiske hospitalsafdeling er kravene om produktivitet og effektivitet sammen med den ekstreme lægelige specialisering stærkt gennemtrængende. På andre afdelinger hvor stuegang er en mere central del af lægens arbejde, og hvor samtalen i højere grad er et arbejdsredskab, ville en lignende undersøgelse formentlig give andre fund. Men på grund af korrespondensen mellem homologe strukturer, vil tendensen formentlig være den samme på andre kirurgiske afdelinger.

For så vidt angår de mellemlange videregående uddannelser fandt jeg, at sygeplejersken i den kirurgiske klinik ikke havde samarbejdsrelationer med jordmødrene og ergoterapeuterne, hvilket kan hænge sammen med, at de sundhedsproblemer, patienterne i det pågældende

²⁵⁶ Bourdieu, 1997, s. 60.

afsnit havde, af indlysende grunde ikke fordrede indsats fra hverken en ergoterapeut eller jordmoder. Socialpædagogen og diætassistenten havde marginale roller og er ikke i denne sammenhæng analyseret. Hvis jeg havde ønsket mere indgående at undersøge sygeplejerskens tværfaglige samarbejde med disse faggrupper, havde jeg måttet konsultere andre steder i sundhedsvæsenet.

I mit materiale fandt jeg, at sygeplejerskens og fysioterapeutens indbyrdes pladser er horisontalt afstemte i hospitalshierarkiet, og jeg fandt ikke opgaver, som havde skiftet tilhørsforhold fra sygeplejersken til fysioterapeuten eller omvendt, i den kirurgiske afdeling, hvor jeg foretog mine undersøgelser (hvilket naturligvis godt kan være tilfældet i andre afdelinger). Det tværfaglige samarbejde blev af begge parter oplevet som problemfrit, hvilket måske kan forklares ud fra, at der ikke var stor forskel på faggruppernes definitioner af situationerne.

Det var der til gengæld i sygeplejerskens tværfaglige samarbejde med bioanalytikeren. Bioanalytikeren er skolet indenfor det samme paradigme som den dominerende faggruppe på hospitalet, naturvidenskab, hvilket sætter sig spor i en arbejdslogik, som sygeplejersken ikke på samme måde har dispositioner for, og som sygeplejersken omvendt oplevede som énsidig og unuanceret. Bioanalytikerne havde derudover kastet en opgave af sig (blodprøvetagning udenfor 'runden'), som i første omgang landede hos reservelægen, som qua sin position har definitionsmagten og friheden til at vælge. Arbejdsopgaven blev i anden omgang – delvis modvilligt - parkeret hos sygeplejersken. Derfor konkluderer jeg, at bioanalytikeren bidrager til at fastholde sygeplejerskens asymmetriske magtrelation til lægen. Eftersom jeg, ud fra det teoriapparat jeg gik til 'den empiriske realitet' med, har betragtet den sociale verden ikke bare struktureret, men også hierarkiseret, var lægens egen rolle naturligvis den direkte kilde til at undersøge spørgsmålet om en eventuelt ændring af autoritetsstrukturen.

Overordnet kan sygeplejerskens tværfaglige praktik forstås og forklares som en reproduktion af de historisk og institutionelt bestemte grundlæggende magtstrukturer, hvor lægen indtager den dominerendes position og sygeplejersken den domineredes.

De **institutionelle strukturer**, jeg har fremdraget (den udprægede stordrift på produktionslignende vilkår, krav om moderniseringsprocesser og den ekstreme lægelige specialisering), lægger sig derfor overvejende hindrende i vejen for en ændring af autoritetsstrukturen i hospitalsfeltet.

For så vidt angår **kravet om opfyldelse af fastlagte mål for produktion** inkorporeres disse strukturer som et travlhedens kropssprog i såvel sygeplejersken som hendes tværfaglige samarbejdspartnere. Uanset om der objektivt set er mange arbejdsopgaver, der skal løses eller ej, betyder oplevelsen af travlhed for sygeplejersken, at hun fastholdes i en defensiv position, som generelt vanskeliggør en modstand, som jeg viste i eksemplet med ”stuegang på bagkontoret” (afsnit 6.6.1.).

Ved at bryde med sygeplejerskens primære udsagn har jeg rekonstrueret historisk og institutionelt bestemte objektive vilkår, som gør sig gældende i et hospital og fundet frem til følgende:

Eftersom lægeordineret undersøgelse og behandling har forrang for andre aktiviteter på et hospital, kommer operation (som symbol på behandlingen, der kan registreres i ventelistestatistikken) til at strukturere sygeplejerskens tværfaglige samarbejde med lægen på en måde, hvor sygeplejersken underordner sig lægen. Sygeplejersken må vente på, at lægen kommer på stuegang, hvis lægen er på operationsafdelingen, eller lægen har myndighed til at afbryde stuegang, når ”de er klar nede på værkstedet”.

Operationserfaring, er den gangbare kapitalform i det kirurgiske delfelt, som er en nødvendighed at besidde for som læge at komme videre i det kirurgiske hierarki. Men at operation har forrang for andre af lægens arbejdsopgaver kan naturligvis også forklares ud fra hensynet til patienten, som man ønsker ikke skal vente for længe med at blive behandlet.

Sygeplejerskens praktik i relation til det tværfaglige samarbejde er forstået som strategier, der bestemmes i mødet mellem den habitus, sygeplejersken i forvejen er udstyret med og konkurrencebetingelserne i det felt, hun træder ind i. Konkurrencebetingelserne på hospitalet har imidlertid givet sygeplejersken nogle erfaringer, som jeg har begrebssat med *diasporaerfaringer*, - erfaringer som i forlængelse af den habitus, hun går ind i hospitalsfeltet med, også sætter sig spor i sygeplejerskens faghabitus og på en særlig måde former sygeplejerskens strategier.

Når man betænker, at sygeplejersken har tilsidesat andre arbejdsopgaver for at holde sig parat til at gå stuegang med lægen, hvor hun har lært sig at initiere problemer fra lægens undersøgelses- og behandlingsdomæne, som rangerer højere i hospitalshierarkiet end hendes ’egne’ plejedomæner, kan hun på trods af anstrengelserne alligevel ufrivilligt tilbagevises til sin plads af lægen, eftersom han har myndighed til at udsætte eller afbryde stuegang.

Produktivitetsens gennemslag sammen med den lægelige positive værdisætning af operation bidrager således til, at sygeplejersken får diasporaerfaringer i det tværfaglige samarbejde med lægen.

Den ekstreme lægelige specialisering bidrager ligeledes til sygeplejerskens diasporaerfaringer. Når sygeplejersken 'tager noget op til stuegang', indgår hun i en dialog på den herskendes præmis, hvor hun qua hospitalets prioritering af undersøgelse og behandling anerkender spillet og prioriterer i overensstemmelse hermed. Sygeplejersken initierer behandlings- og diagnoserelaterede temaer fra patientens situation og skelner således i første omgang mellem, hvad der er 'skidt eller kanel', som en læge sagde. Hun har lært at afkode spillet – hun fremlægger ikke eksempelvis mobiliseringsproblemer eller andre plejeproblemer, som kan belyse patientens situation.

Men i anden omgang slår sygeplejerskens habitus igennem, eftersom hendes dispositioner passer dårligt til de objektive betingelser - her hele hospitalets organisering efter lægelige specialer. Hvor lægen qua sin langvarige prægning først fra sit lange videregående studium og siden fra sin lange og disciplinerende vej mod speciallægeuddannelsen har inkorporeret dispositioner for at orientere sig mod det strengt kirurgiske og senere det subspecialiserede, har sygeplejersken ikke qua sin kortere generalistuddannelse på samme måde inkorporeret den ekstreme lægefaglige specialisering i sin fag-habitus.

At skelne adækvat mellem skidt og kanel betyder, at sygeplejersken både må fremlægge problemer af diagnose- eller behandlingsmæssig karakter og problemer, der legitimerer en kirurgisk speciallæges eksklusivitet. Hvis problemerne falder udenfor kirurgens speciale, skal de være så tilpas "svære", at der med rimelighed kan hidkaldes en specialist. Eftersom lægen kan blive bebrejdet, at han ikke har rekvireret en specialist, er sygeplejersken nødt til at fremlægge alle behandlings- og diagnoserelaterede temaer for at give lægen mulighed for at tage stilling. Det er således en fastlåst situation for sygeplejersken, hvor hun ikke kan undgå at ramme forkert. Lægen er i besiddelse af definitionsmagten, hvilket betyder, at han på forskellig vis – f.eks. meget direkte eller med humor kan tilbagevise sygeplejersken til sin plads, når hun ikke skelner adækvat.

De institutionelle strukturer bidrager således til, at sygeplejersken får diasporaerfaringer i det tværfaglige samarbejde med lægen. Disse diasporaerfaringer er ikke alene påført sygeplejersken i forbindelse med den nuværende erhvervsudøvelse. Sygeplejersken bærer også erfaringerne med sig fra sin grunduddannelse, hvor sygeplejerskeuddannelsen og faget

på forskellig vis er vist tilbage til sin plads jævnfør fagets bestræbelser på at flytte sig opad til en akademisk platform og til en platform mere fri af den lægefaglige dominans.

Når sygeplejersken således indgår i et tværfagligt samarbejde med lægen, er der en overvejende sandsynlighed for, at hun risikerer at blive vist på plads til trods for, at sygeplejersken spiller efter reglerne.

For så vidt angår **opbrud af grænserne mellem pleje og behandling** foregår disse opbrud indenfor de ovenfor fremanalyserede hegemoniske formationer og ikke i et ahistorisk vakuum. Der er tale om, at sygeplejerskerne på den kirurgiske sengeafdeling overtager opgaver fra lægerne og ikke omvendt, og der er vel at mærke tale om, at sygeplejerskerne overtager de mindst prestigefyldte opgaver fra lægerne. Det drejer sig ikke om, at sygeplejerskerne aktivt kæmper for at få fat i eftertragtede arbejdsopgaver, selvom nogle af arbejdsopgaverne blandt sygeplejerskerne har relativ høj symbolsk værdi, eftersom de ligger indenfor det medicinske domæne.

Hvor lægerne har friheden til at fravælge arbejdsopgaver, tager sygeplejersken dem (modvilligt) på sig for ikke at blive udsat for mishagsyttringer, som lægerne har myndighed til at påføre dem. Jævnfør sygeplejerskernes udsagn om, at det er bedst for patienten, at sygeplejersken lægger venflon, tager blodprøver nu i stedet for at vente på, at lægen gør det, kan disse udsagn forstås og forklares som at gøre en dyd af nødvendigheden, samtidig med at jeg ikke afviser, at hensynet til patienten naturligvis også kan spille ind.

For så vidt angår de arbejdsopgaver, som bevæger sig over grænsen mellem social- og sundhedsassistentens og sygeplejerskens fagudøvelse, fandt jeg i mit materiale, at der også her – ikke overraskende – var tale om, at den i hierarkiet lavest placerede faggruppe overtog arbejdsopgaver fra den højere placerede faggruppe og ikke omvendt. Men i modsætning til relationen mellem lægen og sygeplejersken, var der ikke entydigt tale om, at den øverst placerede i hierarkiet (her sygeplejersken) afgav arbejdsopgaver, som rangerede lavest. En forklaring på denne forskellighed følger en logik, som skal forstås og forklares ud fra sygeplejerskens samlede situation:

Når sygeplejersken er parat til at afgive kompliceret sårpleje og bandagering af stomier (som sygeplejersken tidligere havde monopol på) til social- og sundhedsassistenten, kan det

forklares ud fra, at disse plejeopgaver fordrer, at sygeplejersken 'står fast' inde hos en patient. Herved forhindres sygeplejersken i at finde sig i kontorlokalet, og som samtidig er hendes base for forvaltning og vejledning, som samtidig er hendes konverteringsplatform. At påtage sig netop disse opgaver er sygeplejerskens strategi i forsøget på at omstyrte doxa, som jeg skal sandsynliggøre i det følgende. Derudover passer kompliceret sårpleje og bandagering af stomier dårligt med den praktiske skolekompetence, som sygeplejersken har fået i løbet af sin uddannelse, hvorfor sygeplejersken i højere grad har dispositioner for at orientere sig mod skolelogiske opgaver.

Men hvad er forklaringen da på, at sygeplejersken er parat til at afgive arbejdsopgaver, som har relativ høj symbolsk værdi, eftersom de ligger tæt på den medicinske højborg (stuegang og medicinadministration) - oven i købet er sygeplejersken tilsyneladende villig til at påtage sig at yde en ekstra arbejdsindsats i form af, at social- og sundhedsassistenterne skal vejledes? (Villigheden strakte sig også til at påtage sig ekstraopgaver i form af udfærdigelse af administrative manualer for, hvad en konkret social- og sundhedsassistent kunne og ikke kunne).

Min første forklaring er, at specielt arbejdsopgaven med at gå stuegang har givet sygeplejersken diasporaerfaringer, som gør det attraktivt at slippe af med netop denne opgave. Samtidig er stuegang i lav kurs hos de dominerende i feltet, hvilket heller ikke gør arbejdsopgaven attraktiv at varetage.

Min anden forklaring er, at 'nedefra' har social- og sundhedsassistenten medvind i den statslige tilskyndelse til at forsøge sig med arbejdsopgaver, som en faggruppe højere i hierarkiet traditionelt har haft monopol på (jævnfør den trinvis uddannelse fra enten social- og sundhedshjælper eller sygehjælper på 'opskoling' eller via anden opkvalificering til social- og sundhedsassistent, som giver mulighed for at modtage oplæring i en særlig funktion, hvis der er et behov for det i beskæftigelsesområdet). Noget kunne tyde på, at disse strukturer har sat sig som dispositioner hos nogle af social- og sundhedsassistenterne.

Min tredje forklaring er, at i forbindelse med, at sygeplejerske-opgaver overdrages til social- og sundhedsassistenten, udløses samtidig administrations- og undervisningsopgaver for sygeplejersken, som har dispositioner for at praktisere den skolelogik, hun har med fra sin i høj grad teoretiske uddannelse.

Administrations- og undervisningsopgaverne legitimerer sammen med de mange forvaltningsopgaver, at sygeplejersken holder sig til kontorområdet, væk fra skyllerum og patientstuer, hvor eksempelvis tidskrævende skiftninger af komplicerede sår forhindrer sygeplejersken i at påtage sig løbende koordinerende opgaver. Med Baumans perspektiv kunne man også sige, at hun er godt hjulpet på vej af ”synet af vagabonderne” – social- og sundhedsassistenterne eller for den sags skyld sygehjælperne og de ufaglærte, som minder hende om, hvilken position, hun kunne være vist tilbage til.

Hvor der umiddelbart kunne se ud til at være dømt fri diffusion mellem de forskellige fag, forsøger sygeplejersken sig nu blot med et monopol på andre områder: At vejlede i håndteringen af tidligere monopoler såsom stuegang, medicingivning, og kompliceret sårpleje samt at forvalte / bestyre alle specialtilbuddene omkring patienten.

At sygeplejersken afgiver arbejdsopgaver til gengæld for at løse helt andre opgaver som bebudet af fagforeningen følger tilsyneladende et særligt mønster for så vidt angår sygeplejerskens tværfaglige samarbejde med lægen og social- og sundhedsassistenten i en kirurgisk afdeling.

8.1. Konklusion på om der ses et modstandspotentiale i sygeplejerskens 'artikulationer', som giver anledning til en ændring af autoritetsstrukturen

*” For han bestemmer, gør han/
på så'en helt almind'li' dag/
ska' han både ud med skrald og tørre bordene af.
Man burd' ku' score babes, når ens titel er bestyrer,/
men det går bare ikk' / når man stinker af friture..”*

(Fra Østkysthustlers' ”Han får for lidt”, 1996).

For så vidt angår de annoncerede modstandspotentialer, jeg med Hall har ønsket at fremanalysere, kan der i sygeplejerskens strategier i det tværfaglige samarbejde med social- og sundhedsassistenten ses sådanne. Men i langt de fleste tilfælde er der tale om modstandsformer indenfor de strukturelle mulighedsbetingelser, hvilket gør det vanskeligt at få øje på egentlige ændringer i autoritetsstrukturen.

I forhold til kravene om produktivitet / operations forrang har disse strukturelle vilkår foranlediget, at der produceres flere administrative arbejdsopgaver for sygeplejersken, eftersom hun til stadighed må holde styr på, hvad lægen mangler at udføre, hvis han enten ikke er kommet på stuegang, fordi han opererer, eller hvis han er blevet afbrudt, fordi han bliver kaldt på operationsafdelingen. Disse forvaltningsopgaver holder ganske vist sygeplejersken væk fra patientstuerne og skyllerummene og får hende til at kredse om kontoret, hvor hun indtager den dominerendes position i relation til de øvrige i afdelingen 'hjemmehørende' fagpersoner. Men som jeg ser det, er det strukturerne, der rammesætter sygeplejerskens mulighedsbetingelser og ikke sygeplejersken selv, der med opfindsomhed og snilde finder en modstandslomme.

I relation til specialiseringen kan man med Hall sige, at der er korrespondens mellem det kirurgiske hierarki, hvor sygeplejersken gennem defensive handlinger påtager sig de blandt lægerne lavt rangerende opgaver, men non-korrespondens, når sygeplejersken ud af kompleksitet, forskel og modsætninger kæmper for at skabe en platform. Hun letter trykket fra den symbolske vold ved at afgive de arbejdsopgaver, der giver de værste diaspora-oplevelser til en laverestående faggruppe.

Sygeplejersken viser kreativitet, hvor hun (med smiger) får talt den travle og utålmodige overlæge til ro. Når sygeplejersken praktiserer sin 'shopping-strategi', hvor hun under dække af, at stuegang bliver afbrudt, benytter sig af den lægelige sub-specialisering og går til en anden læge, når hun ikke er tilfreds med én lægelig ordination, er der måske et modstandspotentiale, som har en kraft, der rækker ud over de mulighedsbetingelser, som Bourdieu foreslår, at handlinger foregår indenfor²⁵⁷.

Men samlet set må jeg konkludere, at det overordnet ikke ser ud til at ændre på autoritetsstrukturen, at sygeplejersken nu har påtaget sig 'helt nye opgaver'.

Set i et større perspektiv med den historiske blok som analyseramme når jeg frem til samme konklusion. Hver historisk blok (den første: i tiden hvor sygeplejefaget konstituerede sig som en hjælpedisciplin til lægefaget omkring slutningen af 1800-tallet), den anden: nutiden) har sin egen specifikke, sociale komposition (analyseret lidt forskelligt), men relationen mellem dominerende (lægen) og domineret (sygeplejersken) har været og er den samme. Den udprægede stordrift på produktionslignende vilkår, moderniseringskravene og den ekstreme

²⁵⁷ Kritikken om at Bourdieu underkender kreativiteten er også fremført af den amerikanske sociolog, Jeffrey C. Alexander. Rasmussen, 2001, s. 23.

specialisering har ganske vist konfigureret den hegemoniske formation på en anderledes måde i dag. Men der er tale om konjunkturprægede bevægelser, der ikke grundlæggende ændrer på de relativt permanente organiske bevægelser.

Om opgaverne med at vejlede og bestyre patientens mange sundhedsydelser i fremtiden ændrer ved autoritetsstrukturen står og falder med, om der er et marked for at konvertere den gangbare kapitalform (diagnose- og behandlingsorienteret viden) til 'vejleder- og bestyrerkompetence' i det givne felt.

Som det ser ud nu, hvor den dominerende faggruppe på hospitalet, lægerne, ikke viser tegn på at deltage i 'bestyrelsen' af specialydelserne (lægerne overlod f.eks. til sygeplejerskerne at huske på, hvad der manglede af afbrudt stuegangsarbejde) og heller ikke anser stuegang og medicinadministration, som der skal vejledes i, for prestigefyldte arbejdsopgaver i det kirurgiske hierarki, er der ikke meget, der tyder på, at markedet er på vej til at ændre sig. Jævnfør ovenstående citat øger det således ikke livschancerne, hvis det, man vejleder i, eller det man bestyrer, "stinker af friture".

Hvordan markedet vil se ud i fremtiden, kan der kun gættes på, når nu fremtiden ikke kan undersøges empirisk. Den mest interessante måde at vurdere et sådant gæt på (efter min Bourdieu-inspirerede opfattelse) er ved at foretage en analyse af den platform, hvorfra gættet bliver afsendt. Hvilket fører mig tilbage til de toneangivende sygeplejersker fra fagforeningen.

Når toneangivende sygeplejersker taler om tværfagligt samarbejde og opbrud af faggrænser på en måde, som antyder, at helt nye arbejdsopgaver matcher de helt nye tider, kan det forklares udfra det, som Hall har kaldt "det nyes tyranni". Med konnotationerne til det senmoderne samfund sammen med globaliseringens velsignelser for de privilegerede, som jeg fremanalyserede i afsnit 2.6., lægger "det nyes tyranni" op til en ruptur/afrivning med fortiden, hvor der forsøges med et opgør med den historisk bestemte underordningsrelation til lægen. De toneangivende sygeplejerskers retorik kan derfor ses som et forsøg på at lancere en professionsstrategi, som sigter mod en transformering af den specifikke kapitals fordelingsstruktur, hvor den historisk og institutionelt bestemte autoritetsstruktur søges udjævnet og afhierarkiseret. Hvis forskellighed, foranderlighed og nødvendigheden af at tænke nyt skal forstås som det nyes tyranni, som en slags doxa, som jeg tidligere har foreslået,

deltager de toneangivende sygeplejersker i spillet og siger det, de forventes at sige. Sådan er deres vilkår.

Noget kunne tyde på, at retorikken er trængt igennem til de praktiserende sygeplejersker (jævnfør sygeplejerskernes imødekommenhed overfor at social- og sundhedsassistenterne overtager flere af sygeplejerskens tidligere monopoliserede arbejdsopgaver). Men som jeg ser det, er det ikke diskursen, der i sig selv bestemmer sygeplejerskens praktik. Jeg ser det som Hall, at idéer som eksempelvis tværfagligt samarbejde opstår af og medreflekterer de materielle og sociale betingelser i hvilke, de er genereret, men det er ikke idéerne eller diskursen, der skaber historien²⁵⁸. Callewaert udlægger Bourdieu på samme måde, idet han medgiver, at diskurser kan have indflydelse på en praktik, men at de altid er andenhånds og kun virker i det omfang, de tager omvejen omkring den praktiske sans²⁵⁹.

9. PERSPEKTIVERING

Som jeg beskrev i indledningen er tværfagligt samarbejde opprioriteret i sygeplejerskeuddannelsen. Det gælder således også for de andre mellemlange videregående sundhedsuddannelser, som min arbejdsplads, H:S Sygeplejerskeuddannelsen, indgår i CVU med²⁶⁰. Her har man lokalt satset på at planlægge de tværfaglige moduler i samarbejde med de øvrige mellemlange videregående sundhedsuddannelser. Umiddelbart forekommer en sådan planlægning som en logisk konsekvens af de uddannelsesinstitutionsvilkår, der for sygeplejerskeuddannelsen er mulig, hvor man ikke blev indlemmet i det etablerede universitære niveau, som var det, der i udgangspunktet blev kæmpet for.

Opprioritering af tværfagligt samarbejde kan derfor forstås og forklares som at gøre en dyd af nødvendigheden, hvor fagets kollektive diasporaerfaringer også i denne sammenhæng kan give forklaringskraft til, at sygeplejerskeuddannelsen – sammen med de øvrige mellemlange videregående sundhedsuddannelser – bruger opprioriteringen af tværfagligt samarbejde som en modvægt og løftestang ud af det akademiske og lægefaglige hegemoni.

Som jeg har sandsynliggjort i mit empiriske materiale, virker sygeplejersken på et hospital (i det mindste på en kirurgisk afdeling), i en stærkt specialiseret og hierarkiseret kultur. Man sidder derfor tilbage med en skepsis overfor, om udvikling af en almen kvalifikation som

²⁵⁸ Hall, 1996, s. 42 – 43.

²⁵⁹ Callewaert, 2001, s. 138 - 139.

²⁶⁰ Som er fysioterapeut-, ergoterapeut-, bioanalytiker- og jordmoderuddannelsen.

tværfagligt samarbejde i et miljø med relativt ligestillede studerende fra de andre mellemlange videregående uddannelser, giver mulighed for at bearbejde problemstillinger fra et ikke-ligestillet tværfagligt samarbejde med lægen og social- og sundhedsassistenten. Med andre ord er jeg skeptisk overfor, om udvikling af horisontale tværfaglige samarbejdskompetencer giver transferværdi i relation til de vertikale tværfaglige samarbejdspartnere, som er stærkt strukturerende for sygeplejerskens erhvervsudøvelse.

For en skolepraktiker som mig med dispositioner for handletvang kan jeg ikke dy mig for at foreslå, at sygeplejerskens vertikale samarbejdspartnere (i særdeleshed lægen) på lige fod eller snarere i højere grad end de horisontale samarbejdspartnere, må tænkes ind i de tværfaglige moduler i sygeplejerskeuddannelsen - velvidende at de historisk bestemte institutionelle og sociale praktikker ikke umiddelbart lader sig ændre ved enkelte didaktiske greb.

Fagenes bidrag til sagen (patienten) må diskuteres og holdes i fokus, hvis ikke de studerende skal gribes af *odium fati* (et had mod tingene). Men at tilbyde en viden om de vilkår og muligheder, der gælder for sygeplejersken og hendes tværfaglige samarbejdspartnere må dog være et minimum af forlangende fra en uddannelsesinstitution, der udbyder en mellemlang videregående uddannelse, som er kendetegnet ved at være ”praksisnær, professionsrettet og erhvervsrettet”.

Dette speciale kan ses som et bidrag til en sådan viden, og som, med inspiration fra idealet om den organisk intellektuelle, skal bringes udenfor universitetet. Her vil en sådan viden kunne bruges som afsæt for en diskussion af, hvor sygeplejefaget bevæger dig hen, og hvordan fagets udøvere kan rumme den ulighed, der ligger i vilkårene for sygeplejerskens erhvervsudøvelse på et hospital.

10. LITTERATURLISTE.

Amtsrådsforeningen, DSR og FOA. *Fremtidens plejeprofili – rapport fra udvalget vedrørende den fremtidige plejeprofili*. Amtsrådsforeningen, København, 2001.

Andersen, Linda. *Den disciplinerede lyst*. I: Eriksen, T.R., Gerstoft, B.F. og Mathiesen, A. (red.) *Kvalifikationer – definitioner af ord eller relationer mellem mennesker*. Munksgaard, Danmark, 1999a.

Andersen, Linda. *Facader og facetter. Modernisering og læreprocesser I socialpædagogik og forvaltning*. Roskilde Universitets Forlag, 1999b.

Bauman, Zygmunt. *Globalisering. De menneskelige konsekvenser*. Hans Reizels Forlag, København, 1998.

Bourdieu, Pierre. *The Logic of Practice*. Stanford University Press, Stanford, California, 1990.

Bourdieu, Pierre & Wacquant, Loïc J.D. *Refleksiv sociologi*. Hans Reitzels Forlag A/S, København, 1996.

Bourdieu, Pierre. *Af praktiske grunde*. Hans Reizels Forlag, København, 1997.

Bourdieu, Pierre. *Nogle egenskaber ved de sociale felter*. (Forelæsning holdt ved École normale supérieure i november 1976 for en gruppe filologer og litteraturhistorikere). I: Bourdieu, P. *Men hvem skabte skaberne ?* Akademisk Forlag A/S, 1997.

Bourdieu, Pierre. *I mellemtiden har jeg lært alle den sociologiske forståelses sygdomme at kende*. I: Callewaert, S. m.fl. (red.). *Centrale tekster indenfor sociologi og kulturteori*. Akademisk Forlag, København, 1998.

Bourdieu, Pierre. *Socialt rum og symbolsk magt*. I: Callewaert m.fl. (red.). *Centrale tekster indenfor sociologi og kulturteori*. Akademisk Forlag, København, 1998.

Bourdieu, Pierre. *The Weight of the World. Social suffering in Contemporary Society and Culture*. Cambridge, Polity press, 1999.

Bourdieu, Pierre. *Pascalian Meditations*. Polity Press, Oxford, 2000.

Bourdieu, Pierre. *Distinction – A Social Critique of the Judgement of Taste*. Routledge, London, 2002.

Brinkkjær, Ulf og Nørholm, Morten. *Om fornuften i skolegørelsens ufornuft*. I: Gytz Olesen, S. (red.). *Pædagogiske praktikker. Om symbolsk magt og habitus i pædagogisk arbejde*. Forlaget PUC, Viborg-Seminarieret, Danmark, 2000.

Broady, Donald. Sociologi och epistemology. Om Bourdieus författerskap och den historiska epistemologin. HLS Förlag, Stockholm, 1991.

Broady, Donald. (red.) a : *Kulturens fält. En Antologi*. Forfatterne og Bokforlaget Daidalos, Göteborg, 1998.

Broady, Donald. b: *Kapitalbegrebet som uddannelsessociologisk værktøj*. I: Jens Bjerg (red.) Pædagogik, en grundbog til et fag. Hans Reitzels Forlag, København, 1998.

Callewaert, Staf. *Habitusbegrebet i bogen om opdragelsen*. (La Reproduction). I: Kultur, pædagogik og videnskab. Akademisk Forlag, København, 1992.

Callewaert, Staf. a) *Bourdieu studier II*. Institut for Filosofi, Pædagogik og Retorik, Københavns Universitet, 1998.

Callewaert, Staf m. fl. (red.) b). *Pierre Bourdieu. Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori*. Akademisk Forlag, København, 1998 (1. udgave 1994).

Clausen, H.P. *Hvad er historie ?* Berlingske Forlag, København, 1963.

Collin, Finn, Gregersen, Frans, Borgnakke, Karen. *Humanistisk forskning i lyset af nyere udviklingstendenser*. Forskningsstyrelsen,
www.forsk.dk/shf/publ/beretn/Forskbegreb/humforsk.htm. Downloaded 26.3.02.

Corsaro, William A. *Ethnography and Language in Educational Settings*. Ablex Publishing Corporation, USA, 1981.

Croll, Paul. *Systematic Classroom Observation*. The Falmer Press, London and Philadelphia, 1986.

Den Store Danske Encyklopædi. 6. bind. Danmarks Nationalleksikon A/S, Danmark, 1996.

Due, Jesper og Madsen, Jørgen Steen. *Professionssociologien*. I: Man kan kun gå på to ben. Danmarks Lærerforening, 1990.

Emerson, Robert M., Fretz, Rachel, I., & Shaw, Linda L. *Writing Ethnographic Fieldnotes*. The University of Chicago Press, Chicago and London, 1995.

Eriksen, Henrik og Ulrichsen, Helle. *Tre kulturer i hospitalssektoren. Sygepleje-, administrations- og lægesøjle*. Handelshøjskolens forlag, Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck, København, 1991.

Eriksen, Tine Rask. *Omsorg i forandring*. Munksgaard, København, 1995 (opr. udg. 1992).

Europa-kommisionen. *Det europæiske meritoverførselssystem. ECTS - brugervejledning*. Uddannelse / Ungdom, Europakommisionen, 1998.

Evalueringscenteret. *Evaluering af sygeplejerskeuddannelsen. Kvalitetsudvikling og*

evaluering af de videregående uddannelser. Evalueringsrapport. Evalueringscenteret, 1996.

Fock, Niels. *Feltarbejdets komplementaritet. Skiftende positioner blandt latinamerikanske indianere*. I: Hastrup, K. og Ramløv, K. feltarbejde. Oplevelse og metode i etnografien. Akademisk Forlag, Danmark, 1988.

Geertz, Clifford. *Notes on the Balinese Cockfight*. I: Geertz, C. *The Interpretation of Cultures*, Fontana Press, London, 1993 (opr. Udg. 1973).

Giddens, Anthony. *Modernitet og selvidentitet. Selvet og samfundet under sen-moderniteten*. Hans Reizels Forlag, 1996 (original udg. 1991).

Glasdam, Stinne. *Det danske hospitalsvæsens opståen*. I: Petersen, Karin Anna. Red.: *Praktikker i erhverv og uddannelse*. Akademisk Forlag, Danmark, 2001.

Grossberg, Lawrence. *History, politics and postmodernism: Stuart Hall and cultural studies*. I: Morley, D. & Chen, K. (eds.) *Stuart Hall. Critical Dialogues in Cultural Studies*. Routledge, London and New York, 1996.

Gøtzsche, Inger og Karen Nygaard. *Sygeplejens udvikling og kulturhistoriske baggrund*. Nyt Nordisk Forlag, 1993.

Hall, Stuart. *The problem of ideology: marxism without guarantee*. I: Morley, D. & Chen, K. (eds.) *Stuart Hall. Critical Dialogues in Cultural Studies*. Routledge, London and New York, 1996.

Hall, Stuart. *On postmodernism and articulation: an interview with Stuart Hall*. Edited by Lawrence Grossberg. I: Morley, D. & Chen, K. (eds.) *Stuart Hall. Critical Dialogues in Cultural Studies*. Routledge, London and New York, 1996.

Hall, Stuart. *Gramsci's relevance for the study of race and ethnicity*. I: Morley, D. & Chen, K. (eds.) *Stuart Hall. Critical Dialogues in Cultural Studies*. Routledge, London and New York, 1996.

Hall, Stuart. *The formation of a diasporic intellectual: an interview with Stuart Hall by Kuan-Hsing Chen*. I: Morley, D. & Chen, K. (eds.) *Stuart Hall. Critical Dialogues in Cultural Studies*. Routledge, London and New York, 1996.

Hansen, Erik Jørgen. *En generation vokser op*. Socialforskningsinstituttet, København, 1995.

Hasse, Cathrine. *Fra Journalist til "Big – Mamma". Om sociale rollers betydning for antropologers datagenerering*. I: METODE. Tidsskriftet Antropologi, 31/1995.

Hastrup, Kirsten og Ramløv, Kirsten. (Red.) *Feltarbejde - oplevelse og metode i etnografien*. Akademisk Forlag, Danmark, 1988.

Hastrup, Kirsten og Ramløv, Kirsten. (Red.) *Kulturanalyse. Fortolkningens forløb i antropologien*. Akademisk Forlag, Danmark, 1989.

Hastrup, Kirsten og Ovesen, Jan. *Etnografisk grundbog*. Gyldendal, 2. rettede udgave, 4. oplag, Danmark, 1999.

Hjort, Katrin. *Videnskabelse*. Social Kritik 78/2002.

H:S Direktionen, Sundhedsfagligt kontor. *Rapport vedr. H:S Sygeplejerskeuddannelsen*. Udarbejdet af en arbejdsgruppe under styregruppen for H:S Sygeplejerskeuddannelsen, København, 1997.

H:S Studieordning ifølge Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen nr. 232 af 30/03/2001, Hovedstadens Sygehusfællesskab, august 2001.

Højrup, Thomas. *Det glemte folk: livsformer og centraldirigering*. Institut for Europæisk Folkelivsforskning, København, 1989.

Høyen, Marianne. *Korresponcanceanalysen*. I: Petersen, Karin Anna (red.). *Praktikker i erhverv og uddannelse – om pædagogiske og sundhedsfaglige praktikker*. Akademisk Forlag, Danmark, 2001.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. *Sundhedssektoren i tal – 2001/2002*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, April 2002.

Jensen, Karen. *Den fremtidige professionsuddanningen. Perspektiver på kunnskap læring*. I: Klokskap og kyndighet. Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie. Red.: Kirkevold, M., Nortvedt, F., Alvsvåg, H. Ad Notam Gyldendal A/S, Norge, 1993.

Keesing, Roger M. *Creating the Past: Custom and Identity in the Contemporary Pacific*. I: *The Contemporary Pacific*. Vol. 1, 1989, s. 19 – 42.

Kjørup, Søren. *Menneskevidenskaberne. Problemer og traditioner i humanioras videnskabsteori*. Roskilde Universitetsforlag, 1999.

Kleven, Thor Arnfinn og Strømnes, Åsmund Lønning. *Systematisk observation som tilnærming til klasseromsforskning*. I: Klette, Kersti (red.) *Klasseromsforskning - på norsk..* Ad Notam Gyldendal A/S, Oslo, 1998.

Knudsen, Anne. *Mercedesmodellen. Feltarbejde blandt u-eksotiske*. I: METODE. Tidsskriftet Antropologi, 31/1995.

Kristiansen, Søren og Hanne Kathrine Krogstrup. *Deltagende observation. Introduktion til en forskningsmetodik*. Hans Reitzels Forlag, København, 1999

Kvale, Steinar. *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag, 6. oplag. (oprindelig oversat fra InterView, 1994). København, 2001.

Larsen, Kristian. *Praktikuddannelse, kendte og miskendte sider. – Et observationsstudie af praktikuddannelse indenfor sygeplejerskeuddannelsen*. Ph.d.-afhandling, UCSF, København,

1999.

Larsen, John, A. *Samtalen som interview. At tale om kulturelle artikulationer i Kina*. I: METODE. Tidsskriftet Antropologi, 31/1995.

Lindgren, Gerd. *Doktorer, systrar och flickor*. Carlsons Bokförlag, Stockholm, 1992.

Lyngaa, Janne. *Pigerne i hvidt*. Munksgaard, København, 1995.

Mathiesen, Anders. *Et kritisk socialhistorisk perspektiv på pædagogikken i Danmark*. I: Bjerg, J. (red.). *Pædagogik – en grundbog til et fag*. Hans Reitzels Forlag, København, 1998.

Moldenhawer, Bolette. *Etniske minoriteter, kultur og skolegang. Et relationelt studium af skolestrategier og flerkulturel rummelighed*. Ph.D. Afhandling. Institut for Filosofi, Pædagogik og Retorik, Københavns Universitet, 1994.

Morgan, L. David. *Focus Groups as Qualitative Research*. 2.nd ed. SAGE Publications, Inc. Printed in United States of America.

Morley, David & Chen, Kuan-Hsing. *Introduction*. I: Morley, D. & Chen, K. (eds.) Stuart Hall. *Critical Dialogues in Cultural Studies*. Routledge, London and New York, 1996.

Mørck, Yvonne. *Kulturel kompleksitet og empiri-bricolage. Refleksioner over et projekt om etnisk minoritetsungdom og multikulturalisme*. I: METODE. Tidsskriftet Antropologi, 31/1995.

Nørholm, Morten. *Det dobbelte brud*. I: Callewaert, S. m.fl. (red.). *Centrale tekster indenfor sociologi og kulturteori*. Akademisk Forlag, København, 1998.

Olesen, Søren Gytz. *Om forklaring af virkeligheden*. I: *Pædagogiske praktikker. Om symbolsk magt og habitus i pædagogisk arbejde*. Olesen, Søren Gytz (red.). Forlaget PUC, Viborg-Seminariet, Viborg, 2000.

Pedersen, Peter Møller. *Jürgen Habermas*. I: Olesen, S.G. & Pedersen, P.M (red.) I: *Pædagogik i sociologisk perspektiv*. Forlaget PUK, Viborg-Seminariet, 2000.

Petersen, Karin Anna. *Sygeplejevidenskab – myte eller virkelighed ?* Ph.d.-afhandling indleveret til Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet i samarbejde Danmarks Sygeplejehøjskole ved Aarhus Universitet, 1997.

Petersen, Klaus. *Fra ekspansion til krise. Udforskning af velfærdsstatens udvikling efter 1945*. Historisk Tidsskrift, 1997, Den danske historiske forening, 1997, s. 356 – 375 (40 ns).

Possing, Birgitte. *Teser. En historisk biografi og Vilkår, strømninger og skole i dannelsens århundrede*. I: Viljens styrke. Nathalie Zahle – En biografi, Gyldendal, København, 1992,

Psykologisk pædagogisk Ordbog. Hansen, Mogens, Thomsen, Poul og Varming, Ole. Gyldendal, 11. udgave, 1997.

Rektorforsamlingen for sygeplejerskeuddannelsen. *Fremtidens sygeplejerskeuddannelse*. Amtsrådsforeningen, 1999.

Selander, Staffan (red.). *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap. Professionaliseringens sociale grund*. Studenterlitteratur, 1989.

Sestoft, Carsten. Ordet fange. *Modernebegrebernes historier*. KRITIK, nr. 136, 1998.

Sestoft, Carsten. *Hvad et begreb gør (u)begribeligt. Postmodernisme-begrebets historier*. KRITIK, Nr. 139, 1999.

Simmel, Georg. *Ekskurs om den fremmede*. I: Simmel, G. Hvordan er samfundet muligt ? Udvalgte sociologiske skrifter. Samlerens Bogklub. Dansk udgave, 1998. Oprindelig tysk udgave 1908.

Slack, Jennifer Daryl. *The theory and method of articulation in cultural studies*. I: Morley, D. & Chen, K. (eds.) Stuart Hall. Critical Dialogues in Cultural Studies. Routledge, London and New York, 1996.

Strandell, Harriet. *Sociale mötesplatser för barn. Aktivitetsprofiler och förhandlingskultur på daghem*. Gaudeamus, Helsinki, 1994.

Stenholt, Britta. *Sygeplejefagets kampe i det medicinske felt*. I: Petersen, Karin Anna. Red.: *Praktikker i erhverv og uddannelse*. Akademisk Forlag, Danmark, 2001.

Spradley, James P. *Participant observation*. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, USA, 1980.

Spradley, James P. *The Ethnographic Interview*. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, USA, 1979.

Sundhedsministeriet. *Bekendtgørelse af lov om sygeplejersker*. Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 759 af 14. november 1990. Sundhedsministeriet, København, 1990.

Sundhedsministeriet. *Betænkning fra Speciallægekommisionen. Betænkning nr. 1384. Maj 2000*. Sundhedsministeriet, København, 2000.

Sundhedsministeriet. *Rekruttering, Fastholdelse og Faggrænser i sundhedssektoren*. Sundhedsministeriet, København, 2001.

"Sygeplejersken", 38/2001.

"Sygeplejersken", 41/2001.

Sørensen, Gert. *Antonio Gramsci. Fængselsoptegnelser i udvalg. Bind I og II. Udgivet i oversættelse med indledning, kommentar og registre af Gert Sørensen*. Museum Tusculanums Forlag, Københavns Universitet, 1991.

Torgersen, Ulf. *Profesjonssosiologi*. Universitetsforlaget, Oslo, 1972.

Trask, Haunani-Kay. *Natives and Antropologists: The Colonial Struggle*. I: Contemporary Pacific, Vol. 3, no.1, 1991, s. 159 – 167.

Undervisnings- og forskningsministeriet. *Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen. Bekendtgørelse nr. 143 af 2. marts 1990*. Undervisnings- og forskningsministeriet, København, 1990.

Undervisningsministeriet, *Det 21. århundredes uddannelsesinstitutioner*. Undervisningsministeriet, 1998.

Undervisningsministeriet. *Uddannelsesredegørelse 1999. De videregående uddannelser*. Undervisningsministeriet, København, 1999.

Undervisningsministeriet.. *Bekendtgørelse om uddannelsen til professonsbachelor, BEK 113 af 19.02. 2000*. Undervisningsministeriet, København, 2000.

Undervisningsministeriet. *Lov om mellemlange videregående uddannelser. Lov nr. 481 af 31.05.2000*. Undervisningsministeriet, København, 2000.

Undervisningsministeriet. *Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen. BEK 232 af 30.03.2001*. Undervisningsministeriet, København, 2001.

Undervisningsministeriet. *Bekendtgørelse om ergoterapeutuddannelsen. BEK nr. 237 af 30.03.2001*. Undervisningsministeriet, København, 2001.

Undervisningsministeriet. *Bekendtgørelse om fysioterapeutuddannelsen. BEK nr. 236 af 30.03.2001*. Undervisningsministeriet, København, 2001.

Undervisningsministeriet. *Bekendtgørelse om bionalytikeruddannelsen. BEK nr. 235 af 30.03.2001*. Undervisningsministeriet, København, 2001.

Undervisningsministeriet. *Bekendtgørelse om jordmoderuddannelsen. BEK nr. 234 af 30.03.2001*. Undervisningsministeriet, København, 2001.

Undervisningsministeriet. *Bekendtgørelse om radiografuddannelsen. BEK nr. 233 af 30.03.2001*. Undervisningsministeriet, København, 2001.

Undervisningsministeriet. *Bekendtgørelse om grundlæggende social- og sundhedsuddannelser. BEK nr. 1073 af 17.12.2001*. Undervisningsministeriet, København, 2001.

Undervisningsministeriet. *Lov om grundlæggende social- og sundhedsuddannelser. Lov nr. 343 af 16.05.2001*. Undervisningsministeriet, 2001.

Vallgård, Signild. *Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark. Et bidrag til det specialiserede sygehusvæsens historie 1930 – 1987*. Jurist- og Økonomforbundets Forlag, Danmark, 1992.

Wacherhausen, Steen. *Sundhedsfag i krise. Bemærkninger til de sidste 10 -15 års udvikling i sundhedsfagene*. I: Jensen, T. (red.) Grundlagsproblemer i sygepleje. Philosophia, Århus, 1990.

Willis, Paul. *Learning to Labour*. Saxon House, Teakfield Limited, 1978.

Østkysthustlers. *Han får for lidt*. Fra: Fuld af løgn (CD). Sony Music Entertainment, Danmark, 1996.

11. BILAGSLISTE

Bilag 1. Observationsguide

Deskriptive observationer

Med udgangspunkt i sygeplejersken:

Hvor er sygeplejersken ?

Hvad foretager hun sig ? (tidsangivelse)

Hvem er hun i relation med / er andre tilstede i rummet ?

Hvilke artefakter betjener hun sig af ?

Sygeplejersken i relation med

- lægen
- sekretæren
- social- og sundhedsassistenten
- ufaglært personale
- fysioterapeuten
- bioanalytikeren

med fokus på setting, art og varighed

Fokuserede observationer:

Med udgangspunkt i lægen:

Hvor er lægen ?

Hvad foretager han sig ? (tidsangivelse)

Hvem er han sammen med ?

Hvilke artefakter betjener han sig af ?

Med udgangspunkt i social- og sundhedsassistenten:

Hvor er social- og sundhedsassistenten ?

Hvad foretager hun sig ?

Hvem er hun sammen med ?

Hvilke artefakter betjener hun sig af ?

Selektive observationer:

Følge sygeplejersken på stuegang med lægen

Følge social- og sundhedsassistenten på stuegang med lægen

Følge lægen på stuegang med sygeplejersken
med fokus på

- hvem tager initiativ til hvad (tale/handling)
- hvad tales der om (behandlings-, diagnose- eller forvaltningstemaer af samme plejetemaer, patientens livsverdensanliggender)
- indbyrdes placering i rummet
- hvem afbryder (hvis nogen)
- hvem afslutter

Bilag 2. Interview-guide

Spørgsmål til sygeplejersken.

Anciennitet i faget

Anciennitet i stillingen

Alder

Lav en top – 5 – liste over sygeplejerskens vigtigste samarbejdspartner, som tilhører en anden faggruppe

Giv en beskrivelse af, hvordan det foregår, når sygeplejersken samarbejder med lægen (f.eks. en konference, stuegang, andet)

Det idéelle scenarie hvor sygeplejerske og læge samarbejder

Det værst tænkelige scenarie hvor sygeplejerske og læge samarbejder

Udpeg nogle områder hvor opgaver glider mellem sygeplejersken og andre faggrupper

Hvad tænker du om, at social- og sundhedsassistenten overtager nogle af de opgaver, som sygeplejersken tidligere havde monopol på ?

Spørgsmål til lægen

Anciennitet i faget

Anciennitet i stillingen

Alder

Lav en top-5-liste over lægens vigtigste samarbejdspartner, som tilhører en anden faggruppe

Giv en beskrivelse af, hvordan det foregår, når lægen samarbejder med sygeplejersken (f.eks. en konference, stuegang, andet)

Det idéelle scenarie hvor læge og sygeplejerske samarbejder

Det værst tænkelige scenarie hvor læge og sygeplejerske samarbejder

Udpeg nogle områder hvor opgaver glider mellem lægen og sygeplejersken

Spørgsmål til social- og sundhedsassistenten

Uddannelsesforløb indtil social- og sundhedsassistentuddannelsen

Anciennitet i faget

Anciennitet i stillingen

Erfaringer med at påtage sig de nye opgaver (hvis opskolet)

Erfaringer med at afklare hvad man som social- og sundhedsassistent kan og ikke kan/må i forhold til sygeplejersken

Spørgsmål til fysioterapeuten og bioanalytiker

Anciennitet i faget

Anciennitet i stillingen

Alder

Hvordan foregår det, når du samarbejder med sygeplejersken ?

Hvilke erfaringer har du med ”det gode samarbejde” / ”det dårlige samarbejde” ?

Bilag 3 Klinikens organisationsdiagram